Dokumente Neue Medizin

Kurzfassung der NEUEN MEDIZIN

(Stand 1994)

Zur Vorlage im

Habilitationsverfahren

von 1981 an der

Universität Tübingen

von Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Amici di Dirk Verlagsgesellschaft



Köln

Kurzfassung der NEUEN MEDIZIN

(Stand 1994)

zur Vorlage im
Habilitationsverfahren von 1981
an der

Universität Tübingen

von Dr.med. Ryke Geerd Hamer

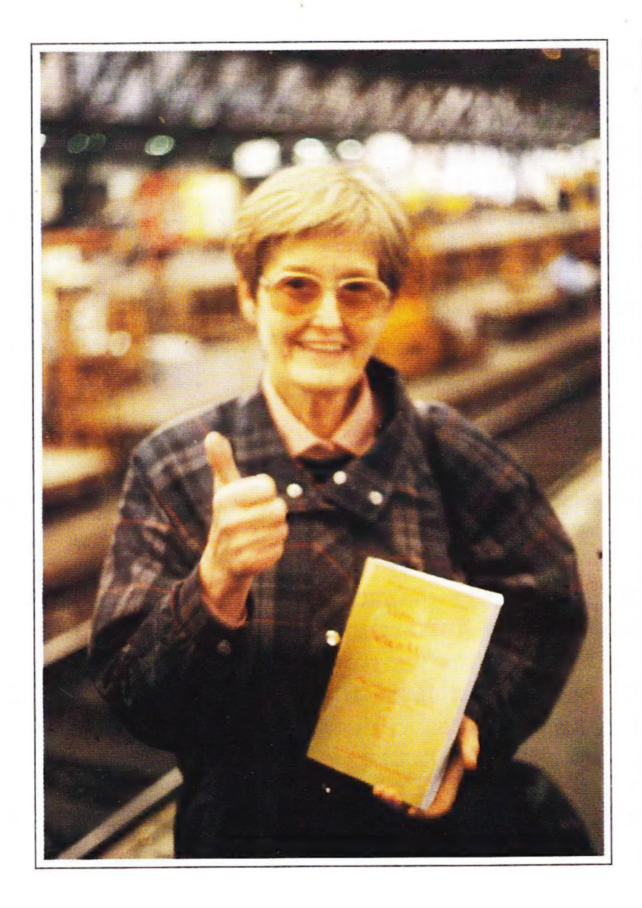
2. Auflage

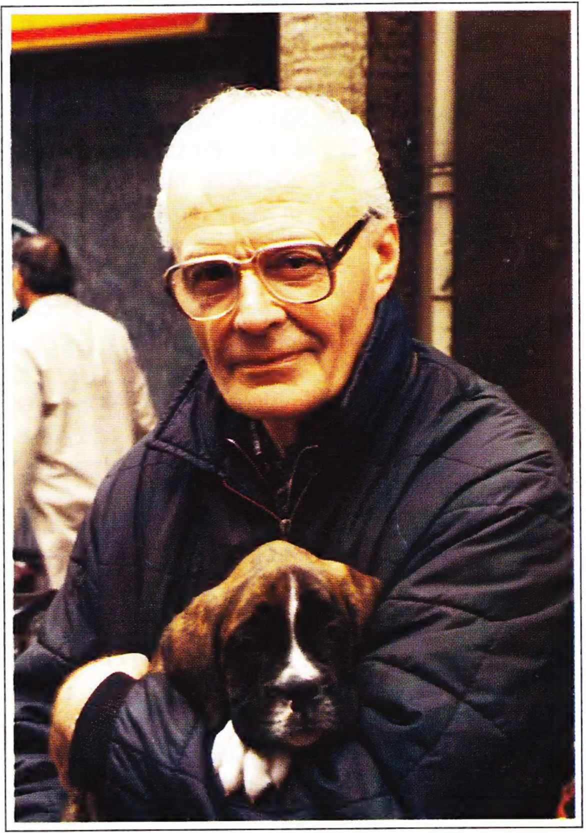
Verlag AMICI DI DIRK
Ges. f. med. Schriften m. b. H.
Sülzburgstr. 29
50895 Köln

Printed in Germany
Gesamtherstellung: Ebner Ulm
August 1994

ISBN 3-926755-06-7

Hamer, Ryke Geerd:
Kurzfassung der NEUEN MEDIZIN
ISBN 3-926755-06-7





Diese Arbeit widme ich meinen beiden langjährigen Kameraden, Mitstreitern und Freunden, dem verstorbenen Geschwisterpaar Rosemarie Gräfin D`Oncieu de la Batie und Antoine Graf D'Oncieu de la Batie in tiefer Dankbarkeit.
Sie haben sich im Kampf für die NEUE MEDIZIN und ihre Patienten in selbstloser Weise aufgeopfert, im wahrsten Sinne des Wortes.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Als ich 1981 die "EISERNE REGEL DES KREBS" und die Zweiphasigkeit der Erkrankungen entdeckt und im Oktober 1981 als Habilitation der Universität Tübingen eingereichte hatte, glaubte ich die Zusammenhänge des Krebs entdeckt zu haben.

Zwei Jahre später merkte ich im Zuge meiner weiteren Forschungen, daß nicht nur die Karzinomerkrankungen, sondern auch alle übrigen Erkrankungen offensichtlich nach diesen beiden biologischen Gesetzmäßigkeiten verlaufen.

1987 gelang es mir auf der Grundlage der Embryologie und der Verhaltensforschung die dritte und vierte biologische Gesetzmäßigkeit zu finden. Ich stellte zu meiner Überraschung fest, daß sämtliche Erkrankungen der gesamten Medizin sich nach diesen vier biologischen Gesetzmäßigkeiten erklären und an jedem einzelnen Fall reproduzieren lassen.

Durch diese biologische Sicht gelangte ich fast notgedrungen zu einer geradezu atemberaubenden Konsequenz:

Wenn man die Erkrankungen der einzelnen Keimblätter gesondert betrachtet, stellte ich fest, daß es offensichtlich einen biologische Sinn gibt. Ich merkte, daß die "Krankheiten" keine sinnlosen Fehler der Natur darstellen, die es zu bekämpfen gilt, sondern daß jede Erkrankung ein sinnvolles Geschehen ist, so daß ich regelrecht gezwungen wurde für jede einzelne Erkrankung zu fragen:

- Wodurch ist diese Krankheit entstanden?
  (Krankheit - wodurch?) und
- welchen biologischen Sinn hat sie? (Krankheit - wozu?)

Es ergab sich für mich, daß wir bei vielen Erkrankungen den biologischen Sinn nur aus der Embryologie verstehen können. Es ergab sich weiter, daß wir den biologisch-sozialen Zusammenhang in dieses biologische Sinnverständnis miteinbeziehen müssen. Eine Mutter "erkrankt" zum Nutzen ihres Kindes oder ihres Partners!

Schließlich stellte sich für mich die Frage, ob unser bisheriges Verständnis vom Wesen der Krankheiten und der Begriff "Krankheit" schlechthin nicht falsch war, weil wir uns des biologischen Sinnes der Krankheiten nicht bewußt waren.

Es gelang mir nachzuweisen, daß der biologische Sinn der Erkrankungen keimblattabhängig ist (Kap.7-9).
Z.B. liegt der biologische Sinn bei den Erkrankungen der Organe des inneren Keimblatts stets in der konfliktaktiven Phase. Dagegen z.B. bei den Erkrankungen der Großhirn-Marklager-gesteuerten Organe stets in der konfliktgelösten Heilungsphase.

Daraus ergab sich für mich ein ganz neues nosologisches Verständnis des früheren Begriffs "Krankheit". Aus diesem Grunde dürfen wir eigentlich im früheren Sinne nicht mehr von "Krankheit" sprechen, sondern von einem sinnvollen Sonderprogramm der Natur.
Der Beginn dieses Sonderprogramm, das DHS (Dirk-Hamer-Syndrom), ist bereits ein sinnvoller Vorgang, um dieses Sonderprogramm einzuschalten.

Diesen nosologischen Erkenntnisprozeß nachvollziehbar zu machen, und zu dem biologischen Sinn der sog. Krankheiten hinzuführen, ist der Sinn dieser Habilitations-Kurzfassung.
Die "Krankheit" ist im naturwissenschaftlich-nosologischen Sinne ein teleologisch nachvollziehbares, sinnvolles biologisches Geschehen - ein sinnvolles Sonderprogramm der Natur.

Kapitel I

Die NEUE MEDIZIN als naturwissenschaftliche Disziplin mit 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten

Wenn ich von einer NEUEN MEDIZIN spreche gegenüber einer "alten Medizin", so muß ich zunächst begründen, was ich unter NEUER MEDIZIN verstehe:

Gemeint ist ein neues Verständnis der Medizin als von einem universalen Organismus, der verstanden ist als Einheit von Psyche als Integral aller Funktionen der Verhaltens- und Konfliktbereiche, Gehirn als Steuerungscomputer aller Funktionen der Verhaltens- und Konfliktbereiche und den Organen als der Summe aller Erfolge dieses Geschehens.

In Wirklichkeit liegt die Sache natürlich noch komplizierter, denn unser Computer Gehirn programmiert den Programmierer (Psyche) und damit sich selbst.

Die NEUE MEDIZIN ist eine empirische Naturwissenschaft. Sie basiert auf 4 empirisch gefundenen biologischen Gesetzmäßigkeiten, die auf jeden einzelnen Fall einer Erkrankung bei Mensch und Säugetier im streng naturwissenschaftlichen Sinne Anwendung finden können.

Sie bedarf keiner Dogmen, keiner Hypothesen oder sog. statistischer Wahrscheinlichkeiten. Sie ist in sich klar und logisch, für jeden normal intelligenten Menschen gut verständlich und nachvollziehbar, weil sie sich den naturwissenschaftlichen Gesetzen der kausalen Logik verpflichtet fühlt.

Begriffe wie materialistisch, idealistisch oder metaphysisch sind hier primär fehl am Platze. Zwar gibt es viele Dinge in der Natur, die wir nicht verstehen und deshalb metaphysisch nennen statt metagnoisch (= über unser Verständnis hinweg), in Wirklichkeit hatten und haben wir für die meisten vermeintlich metaphysischen Phänomene nur noch keinen Verständnisschlüssel.
So waren Blitz und Donner viele Jahrtausende und noch bis vor kurzer Zeit "metaphysische Kräfte". Seit wir sie elektro-physikalisch verstehen können, ist für uns das Wunder des Metagnoischen nicht etwa kleiner oder ärmer an Phänomenen geworden, die wir früher als göttlich ansahen (Donnergott Donar), sondern Ausmaß und Menge der unverstehbaren oder noch nicht verständlichen Phänomene werden eher immer größer.

Wir Mediziner hatten uns immer gewünscht, eine Wissenschaft zu haben, die nach naturwissenschaftlichen Methoden und Gesetzen funktioniert. Streng genommen glaubten wir schon immer, uns doch überwiegend als Naturwissenschaftler fühlen zu dürfen.
Die Wirklichkeit sah anders aus.
Es gab zu viele Hypothesen, die wir glauben mußten. Wir wollen das im nachfolgenden 2. Kapitel untersuchen. Es galt durchaus als legitim, sehr viele Hypothesen aneinander zu reihen und damit die gewagtesten Dinge zu "beweisen". Aber es waren oft nur scheinbare Beweise, denn richtige biologische Gesetzmäßigkeiten, wie in den Naturwissenschaften, hatten wir ja nicht.

Im folgenden geht es um die Darlegung von 4 eisenharten biologischen Gesetzmäßigkeiten, die man an jedem nächstbesten Fall nach naturwissenschaftlichen Kriterien reproduzieren und verifizieren kann.

Gerade jetzt ist man dabei, die Medizin aufzuteilen in "Organ-Medizin" und "Psycho-Medizin", bzw. Psychotherapie. Dabei soll der Arzt jeweils attestieren, daß k e i n Organbezug vorliegt, dann hat der sog. Psychotherapeut freie Hand, diese "rein psychischen Erkrankungen" zu "behandeln".

Eine solche Aufteilung ist absurd in den Augen der Vertreter der NEUEN MEDIZIN, ein Unding, denn man kann hier überhaupt nicht trennen und aufteilen:

Psyche, Gehirn und Organe sind nur 3 Ebenen des gleichen Organismus. Ihr Verlauf ist immer **synchron**!

Die 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN sind:

1. Die EISERNE REGEL DES KREBS

2. Das Gesetz der Zweiphasigkeit aller Erkrankungen, sofern es zu einer Konfliktlösung kommt

3. Das Ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalente

4. Das ontogenetisch bedingte System der Mikroben.

1. Die EISERNE REGEL DES KREBS

1. Kriterium:

Jede Krebs- oder Krebsäquivalent-Erkrankung entsteht mit einem DHS, d.h. einem

allerschwersten
hochakut-dramatischen und
isolativen

Konflikterlebnisschock, gleichzeitig bzw. quasi gleichzeitig auf allen 3 Ebenen

1. in der Psyche
2. im Gehirn
3. am Organ

2. Kriterium:

Der Konfliktinhalt bestimmt im Augenblick des DHS sowohl die Lokalisation des HAMERschen HERDES im Gehirn, als auch die Lokalisation der Krebs- oder Krebsäquivalent-Erkrankung am Organ.

3. Kriterium:

Der Konfliktverlauf entspricht einem bestimmten Verlauf des HAMERschen HERDES im Gehirn und einem ganz bestimmten Verlauf einer Krebs- oder Krebsäquivalent-Erkrankung am Organ.

2. Die zweite biologische Gesetzmäßigkeit

Jede Erkrankung der gesamten Medizin ist ein zweiphasiges Geschehen, sofern es zu einer Lösung des Konfliktes kommt.

Wir hatten früher einige hundert "kalte Krankheiten" in unseren medizinischen Lehrbüchern beschrieben und ebenso einige hundert offensichtlich "heiße Krankheiten".

Die "kalten Krankheiten" waren solche, bei denen die Patienten kalte äußere Haut, kalte Extremitäten hatten, in Dauerstreß waren, an Gewicht abnahmen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen hatten, wie zum Beispiel Krebs, MS, Angina Pectoris, Neurodermitis, Diabetes, Geistes- und Gemütskrankheiten etc..

Die andere Sorte "Krankheiten" waren solche, zu denen wir alle sogenannten Infektionskrankheiten, auch rheumatische, Allergien, bzw. Exantheme, etc. rechneten.

Nun müssen wir feststellen, daß das alles nicht gestimmt hatte. Diese "kalten und heißen Krankheiten" waren gar keine eigenen Krankheiten, sondern jeweils nur eine von zwei Phasen einer Erkrankung, und zwar ist immer die kalte Phase die erste und die heiße Phase die zweite.

Genauer besprochen wird dies im 4. Kapitel.

Da wir nicht einmal eine einzige Krankheit richtig hatten verstehen können, so konnten wir bisher auch nicht einen einzigen Fall richtig verstehen.

3. Die dritte biologische Gesetzmäßigkeit

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalente.

Diese Zusammenhänge, die im Kapitel 5 genauer besprochen werden sollen, sind so fundamental neu, daß es dafür nicht einmal ansatzweise etwas in der medizinischen Literatur gibt.

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalente beinhaltet folgende Kriterien:

1. Kriterium:
Keimblattverwandte Konflikte haben auch
- keimblattverwandte Hirnrelais,
- im Konfliktfall sog. Hamersche Herde,
- keimblattverwandte Organe, die sie betreffen und haben
- keimblattverwandte histologische Formationen.

2. Kriterium:
Althirngesteuerte Konflikte (stammhirngesteuertes Entoderm und kleinhirngesteuertes Mesoderm) zeigen Zellvermehrung in der konfliktaktiven Phase (ca-Phase) und bei Vorhandensein entsprechender Mikroben Verkäsung und Abbau des Tumors in der Heilungsphase (pcl-Phase).
Großhirngesteuerte Konflikte (Großhirnmarklagergesteuerte mesodermale Organe und Großhirncortexgesteuerte ektodermale Organe) zeigen in der ca-Phase Zellverminderung (Nekrosen, Ulcera) oder bei den sog. Krebsäquivalenterkrankungen lediglich Funktionsbeeinträchtigung oder Funktionsausfall.

3. Kriterium:

Jede sog. Erkrankung ist sowohl hinsichtlich der ca-Phase, als

auch hinsichtlich der pcl-Phase, ein sinnvolles biologisches Geschehen, das wir durch die Embryologie und Verhaltensforschung wieder neu verstehen lernen müssen.
Das heißt: Jede Erkrankung stellt ein Sonderprogramm dar zur Lösung eines außergewöhnlichen, unerwarteten, biologischen Problems.

4. Die vierte biologische Gesetzmäßigkeit

Zu jeder keimblattverwandten Organgruppe gehören - ausnahmslos in der pcl-Phase - spezifische keimblattverwandte Mikroben. Die Mikroben sind nicht die Verursacher der Heilungsphasensymptome sondern nur die Optimierer der Heilungsphase.
Alle Mikroben werden von unserem Gehirn gesteuert. Das sog. "Immunsystem", das wir uns als eine Art Armee unseres Körpers vorgestellt hatten, die die "bösartigen" Krebszellen und die "bösartigen" Mikroben vernichten würde, wie in einer großen Schlacht, gibt es in diesem Sinne nicht. Auf den Befehl unseres Gehirns hin werden aus den vermeintlich pathogenen Mikroben wieder gutartige, apathogene Mikroben, die sich an irgendeine Stelle unseres Organismus zurückziehen, wo sie nicht stören, wo sie aber jederzeit, wenn sie wieder - stets natürlich ausnahmslos nur in der pcl-Phase und bei den zugehörigen Organen - einmal benötigt werden, reaktiviert werden können. Wir hatten, in einem bakteriologisch-hygienischen Denken gefangen, versucht, diese braven Saisonarbeiter unseres Organismus auszurotten. Wir hatten dabei, wie wir noch sehen werden, z.B. die Tuberkulose zurückgedrängt, indem wir verhinderten, daß die Darm-. und Brusttumoren in der pcl-Phase von den säurefesten Stäbchen verkäst und abgebaut hätten werden können. Das hat zwar der Chirurgie und Onkologie zu einem besonderen Aufschwung verholfen, war aber biologisch-medizinisch falsch.

Kapitel II

A. Die Methodik der NEUEN MEDIZIN

Die Methodik der Anwendung der NEUEN MEDIZIN ist denkbar einfach, erfordert allerdings gesunden Menschenverstand und einige Erfahrung mit einem solchen gesunden Menschenverstand. Gesunder Menschenverstand galt aber in unserer bisherigen Art von Medizin als unwissenschaftlich und geradezu unseriös. Man arbeitet überwiegend "statistisch".

Wir stehen vor dem Problem, ob man, wenn man die Methodik verstanden hat, weil sie ja logisch ist, das psycho-kriminalistische Arbeiten letztendlich erlernen kann.

Der eine kann sie sofort, erfaßt alles intuitiv, ohne deshalb dümmer zu sein als seine intellektuell ausgerichteten Kollegen. Diese intellektuell Ausgerichteten haben normalerweise große Probleme damit, weil sie menschlich keinen Zugang zu den Patienten finden und kein Charisma besitzen. Dabei kann man nur jedem Arzt, der wirklich mit Leib und Seele Arzt ist und ein warmes Herz für seine Patienten hat, sagen, daß es nichts Beglückenderes gibt, als qualifiziert mit der NEUEN MEDIZIN umzugehen. Es wird die charismatisch-begabten unter den Ärzten dazu treiben, sich das notwendige große allround-Wissen anzueignen, an das ein Spezialist, der heute als Krone der medizinischen Wissenschaft gilt, nicht heranreichen kann.

Vielleicht ist es wirklich nicht übertrieben, wenn man sagt, daß derjenige, der mit der NEUEN MEDIZIN umgehen will, bei aller fachlichen und umfassenden Beschlagenheit auf allen drei Ebenen, in allererster Hinsicht ein weiser und gütiger Mensch sein muß, den der Patient sowohl als menschlichen Partner als auch als überragenden Fachmann anerkennen kann.

Das Besondere in der NEUEN MEDIZIN ist auch, daß der Patient absoluter Chef des Verfahrens um seinen eigenen Organismus ist. Der Patient wird nicht mehr "be"-handelt, sondern er handelt selbst! Das Verhältnis Patient/Arzt muß in der NEUEN MEDIZIN völlig neu definiert und durchdacht werden.

Der Arzt, der in der bisherigen Medizin ein möglichst hochspezialisierter Fachwissenschaftler sein mußte, ist in Zukunft vor allem als umfassend gebildeter, menschlich qualifizierter "Medizin-Kriminalist" gefragt. Zudem muß er das Charisma des gesunden Menschenverstandes haben. Er muß dem Patienten wie ein guter Freund zur Seite stehen können, der diesem Patienten-"Chef" seine besonderen fachlichen Kenntnisse zur Verfügung stellen darf. Denn die Therapie der Zukunft besteht zum wenigsten in der Verabreichung von Medikamenten, sondern zumeist daraus, daß der Patient die Ursache seines biologischen Konflikts und seiner sog. Erkrankung verstehen lernt, und mit seinem Doktor zusammen den besten Weg findet, aus diesem Konflikt herauszukommen oder in Zukunft nicht mehr hineinzustolpern.

Diese "Priester des Asklepios" sollen nach meinem Verständnis bescheidene und weise Menschen sein, warmherzig und gleichzeitig von hervorragendem Allround-Wissen.

Ich weiß, daß dieses Bild mit der heute vorherrschenden Vorstellung eines "erfolgreichen" Arztes nicht in Einklang zu bringen ist.

Gehen wir medias in res:
Als erstes sollte jeder Patient den sog. Klatschtest machen, um herauszufinden, ob er Links- oder Rechtshänder ist.

Dazu lassen wir ihn locker klatschen, wie im Theater. Die Hand die oben ist und in die darunterliegende hineinklatscht, ist die führende Hand, was die Klein- und Großhirnhemisphäre betrifft, auf der der Betreffende überwiegend arbeitet, also auch seinen ersten Konflikt erleidet. Dieser Zusammenhang konnte empirisch gefunden werden und ist anhand des CCTs - im Konfliktfalle - leicht überprüfbar.

Wir sagen dann, der Patient ist im Kopf ein Links- oder Rechtshänder, unabhängig davon, ob man ihn in der Kindheit anders trainiert hat.

Das **DHS** ist der Dreh- und Angelpunkt der gesamten NEUEN MEDIZIN geworden. Es ist wunderbar, daß wir nun wirklich rechnen und verstehen können. Wir müssen gedanklich quasi in die Haut des Patienten hineinschlüpfen, für diesen Augenblick des DHS und uns vorstellen, wie die Gesamtsituation in der Sekunde des DHS damals gewesen ist. Mitvoraussetzung sind hier natürlich auch Kenntnisse über die persönliche Lebensgeschichte des Patienten, seine Lebenserfahrungen, sein weltanschaulicher bzw. religiöser, sein sozialer, familiärer, finanzieller Hintergrund.

Ich muß dies bei der Beschreibung der Methodik unbedingt betonen, weil eine oberflächliche Überprüfung der NEUEN MEDIZIN daran scheitern kann, daß die Nachuntersucher entweder nicht die Zeit aufwenden wollen oder einfach menschlich nicht in der Lage sind, mit ihrem Mitmenschen "Patient" in das Beichtkämmerlein zu gehen.

An diesen psychischen Besonderheiten bzw. dem ganz speziellen Empfinden im Moment des DHS sind ja alle die psychologischen Fragebogenuntersuchungen gescheitert, die sich objektiv dünkten, wenn sie nur "Verlust eines Partners" abfragten und untersuchen wollten, ob das eine erhöhte Krebserkrankungshäufigkeit bewirken würde.

Auf der Übersichtstabelle, die die gesamte Medizin umfaßt, können wir sehr leicht die empirisch gefundenen Zusammenhänge zwischen den drei Ebenen: Psyche - Gehirn - Organ für jede einzelne Erkrankung und auch für jede einzelne Phase der Erkrankung oder besser: der biologischen Sonderprogramme finden.

In der Tabelle finden wir auch, welche histologische Formation wir erwarten müssen und welche Mikroben in Frage kommen, sofern der biologische Konflikt schon eine Lösung gefunden hat.

Eine Gerade ist durch zwei Punkte gegeben. Haben wir einen dritten Punkt, der ebenfalls auf dieser Geraden liegen soll, dann können wir uns sehr gut gegenkontrollieren.

In unserem Fall liegen nicht nur drei Punkte auf einer Linie, um im Bild zu bleiben, sondern fünf, wenn man die histologische Formation und die Art der Mikroben noch hinzurechnet. Der Verlauf einer Erkrankung oder eines biologischen Sonderprogramms der Natur hat, sofern es zu einer Lösung des biologischen Konflikts kommt, eine Reihe von markanten Punkten, die es zu finden gilt.

1. Der erste Punkt ist das **DHS**, wohl der wichtigste Punkt des gesamten Verlaufes. Selbst dem erfahrensten Untersucher dieser NEUEN MEDIZIN, für den ich mich im Moment in aller Bescheidenheit halte, bleibt es nicht erspart, in jedem einzelnen Fall als braver klinischer Medizin-Handwerker und Seelen-Kriminalist den bisherigen Konfliktverlauf einschließlich Heilungsverlauf psychisch und organisch zurückzuverfolgen bis zum DHS, d.h. den

Beginn des gesamten Geschehens.
Das DHS umfaßt nicht nur den akut-dramatischen Konfliktschock, der uns auf dem falschen Fuß erwischt hat, sondern auch den Inhalt des Konflikts, der ja die Lokalisation des HAMERschen HERDES im Gehirn und die Lokalisation der Krebsgeschwulst oder der Nekrose am Organ determiniert.

Aber in der Sekunde des DHS kann noch mehr passieren: In der Sekunde des DHS werden die **Schienen** gelegt, besser gesagt, die weiteren Schienen gelegt, die in der Folgezeit stets mitlaufen, oder um im Bilde zu bleiben, auf denen der Zug in der Folgezeit stets wieder rollt.

Die Schienen beim DHS sind die Umstände, die in der Sekunde des DHS mit assoziiert werden. Ein Professor, der sich auch mit dem Thema Allergien auseinandersetzt, brachte es einmal auf eine treffende, saloppe Formel: "Wenn du ein DHS mit einem biologischen Konflikt erleidest, und es rennt gerade eine Kuh vorbei, dann hast du anschließend eine Kuh-Allergie, beißt du aber gerade in eine Apfelsine, dann hast du eine Apfelsinen-Allergie".

Mensch und Tier "bemerken" in der Sekunde des DHS, ohne daß sie sich dessen bewußt sind, auch die **Begleitumstände des DHS**. Diese Begleitumstände ergeben später die sog. **Allergie**.

Wir wollen uns dafür zwei Beispiele vor Augen führen. Früher war bei uns der Heuschnupfen die häufigste Allergie, die sie heute nicht mehr ist. Der Grund war einfach: Die erste Liebe zwischen 2 jungen Menschen fand fast immer im Heu statt, weil es das billigste und unauffälligste Brautlager war. In den Fällen , wo diese erste intime Begegnung zweier junger Menschen unerwartet gestört wurde oder unharmonisch verlief, kam es häufig zu einem DHS. Der Partner, bei dem das DHS einschlägt, der also einen biologischen Konflikt erleidet, erinnert sich später unwillkürlich - ohne um die Zusammenhänge zu wissen - an diese Katastrophe im Heu, wenn er den Heugeruch, sprich die Heu-Allergene wieder aufnimmt. In der Heilungsphase kommt es dann zu einer Schwellung der Nasen-Nebenhöhlen, dem sog. Heuschnupfen. Es hatte dem Pat. die mit dem Heu zusammenhängende Situation "gestunken".

Ein zweiter Fall: Ein Ehepaar flog aus dem Senegal nach Brüssel. Unterwegs erlitt der Ehemann einen Herzinfarkt im Flugzeug. Man war ziemlich ratlos, und die Patientin erlitt Todesangst um ihren Mann, mit dessen Ableben sie jeden Moment rechnen mußte.

Nach der Landung in Brüssel wurde der Ehemann in ein Krankenhaus gebracht, wo er aber bald wieder genas und der Herzinfarkt sich als nicht so schwerwiegend herausstellte.

In der Folgezeit erkrankte die Patientin mehrmals an einem solitären Lungenrundherd. Danach schwitzte sie einige Wochen oder Tage, je nachdem, und der Rundherd war anschließend weg - durch eine Tbc verkäst, kavernisiert und verschwunden.

Einmal aber, fand man einen solchen Rundherd, als die Patientin gerade wieder mit ihrem Nachtschweiß begann. Da die Ärzte in Brüssel mit diesem Fall nicht weiterkamen, baten sie mich um Hilfe. Ich fragte die Patientin zunächst dasselbe, was die Ärzte in Brüssel, die sich mit der NEUEN MEDIZIN auskennen, sie gefragt hatten, nämlich, ob der Mann erneut krank gewesen sei und sie wiederum Todesangst gehabt habe. Die Patientin verneinte das und sagte, ihrem Mann ginge es seit dieser Zeit sehr gut.

Schließlich kam mir eine Idee und ich fragte, ob der Mann

schon wieder mit dem Flugzeug geflogen sei. Das verneinte sie auch. Auch sie selbst sei seither nicht mehr mit dem Flugzeug geflogen.

Plötzlich wurde sie aber nachdenklich und sagte, sie habe allerdings den Eindruck gehabt, daß das etwas mit dem Flugzeug zu tun habe, denn seit diesem furchtbaren Geschehen - von Senegal nach Brüssel - habe sie immer panische Angst, wenn ein Mitglied ihrer Familie mit dem Flugzeug unterwegs sei. Und wenn ihre Kinder oder Enkel mit dem Flugzeug in Urlaub flogen, dann war sie wochenlang in Todesangst, bis ihre Angehörigen wieder in Brüssel gelandet waren und so war es auch gewesen, bevor man den solitären Lungenrundherd, den man per Punktion als Adeno-Karzinom diagnostiziert hatte, entdeckt hatte.

Der Grund lag, wie wir nun leicht sehen können darin, daß sich während dieses Herzinfarktes im Flugzeug eine zweite Schiene gebildet hatte, nämlich die Angst vor der Hilflosigkeit im Flugzeug. Während die Pat. damals, was jeder Psychologe noch verstehen könnte, um ihren Ehemann berechtigte Todesangst ausgestanden hatte, aktivierte sich diese Schiene nun selbständig, "assoziativ" von neuem, jedesmal, wenn ein Familienmitglied mit dem Flugzeug unterwegs war. Logisch war das natürlich nicht zu verstehen, denn die Familienangehörigen waren meist junge Menschen, die nicht im geringsten in Gefahr waren, einen Herzinfarkt zu erleiden. Darum ging es gar nicht mehr, sondern das Flugzeug wirkte als eigene Schiene, die sich mit der Todesangst zu einem Konflikt-Komplex verbunden hatte und wenn ein Familienmitglied mit dem Flugzeug unterwegs war, erlitt die Patientin jedesmal einen solitären Rundherd, als Zeichen einer durchgemachten **Todesangst für einen anderen Menschen.**

Die Lösung des Konfliktes lag darin, daß die Angehörigen der Patientin nur noch von Bahnreisen berichten durften, selbst in dem Falle, wenn sie mit dem Flugzeug flogen, wurde der Patientin, die Mutter und Großmutter war, immer nur erzählt, daß man mit dem Zug reise oder Reisen schlicht erst nach der Wiederkehr überhaupt erzählt.

An diesen Beispielen sieht man, wie wichtig es ist, immer zu dem DHS zurückzugehen, um sich genau die Situation zu vergegenwärtigen, die damals in der Sekunde des DHS gegeben war.

Im philologischen Bereich würden wir so etwas einen Kontext nennen, d.h. man würde hier sagen, man darf eine Textstelle nicht aus dem Zusammenhang herausreißen, sondern man muß den ganzen Text im Zusammenhang verstehen.

Haben wir erst das DHS gefunden, mit allem was damals in der Sekunde des DHS mitgeschwungen hat, bzw. was wir vielleicht jetzt als eigene Schienen berücksichtigen müßten, so versuchen wir dann den Konfliktablauf vom DHS an bis zum aktuellen Stand nachzuvollziehen. Dabei gibt es im Prinzip zwei Möglichkeiten:

a) Der Patient ist noch in der konfliktaktiven Phase
b) Der Patient ist schon in der Heilungsphase.

2. Die konfliktaktive Phase:
Es gibt 3 Ausgangsebenen von denen aus wir unsere Diagnostik beginnen können:

- die psychische Ebene
- die cerebrale Ebene und
- die organische Ebene

Meist kommt der Patient mit irgendwelchen Symptomen oder schon Diagnosen auf organischer Ebene, so daß es sich in diesem Falle empfiehlt, von dieser organischen Ebene auszugehen.

Selbstverständlich sind die organischen Symptome mit aller Vorsicht zu bewerten, denn man muß immer damit rechnen, daß es sich um alte Karzinome handelt, die nur mangels Tuberkulosekeimen in der stattgefundenen Heilungsphase nicht verkäst wurden und deshalb vorhanden sind und nun nur durch einen Zufall gefunden werden, z.B. Leber-Solitär-Karzinome, die heute mit Computertomographen leicht entdeckt werden können, wenn der Pat. eigentlich über hepatitische bzw. gallengangs-ulceröse Leberbeschwerden geklagt hatte.

Grundsätzlich kann man aber von jeder der drei Ebenen ausgehen und darf sich natürlich auf gar keinen Fall auf eine Ebene beschränken, wenn die Not nicht dazu zwingt.

Da die cerebrale Ebene zum Zeitpunkt der Untersuchung sehr aussagekräftig ist, empfiehlt es sich immer wenn möglich, diese harmlose Untersuchung (Dauer vier Minuten, Röntgenbestrahlung minimal) eines Hirn-CTs in Standard-Schichten zu veranlassen.

Auch hier muß man sich darüber im klaren sein, daß das Hirn-CT nur eine Momentaufnahme ist, die zwar durch Narbenbildungshinweise z.B. auch Rückschlüsse auf frühere Vorgänge nahelegt, die aber nur dann den Vorgang zum Zeitpunkt des DHS zeigen muß oder zeigen kann, sofern der biologische Konflikt kontinuierlich in der Konfliktaktivität angedauert hatte.

Am interessantesten und aussagekräftigsten, ganz besonders in Hinsicht auf die gleichzeitig mitgelegten Schienen, ist die psychische Ebene. Denn nur der Patient selbst kann uns ja verraten, wie er den Konflikt speziell in dieser Sekunde des DHS empfunden hat.

Kürzlich sah ich eine Patientin mit einem rechtsseitigen ductalen Mamma-Karzinom, das sie hatte operieren bzw. amputieren lassen. Es ergab sich vom Konfliktverlauf und bei vernünftiger Bewertung der Symptomatik, daß das DHS bei einer Abtreibung entstanden war. Dieser Zusammenhang war mir zunächst unverständlich, jedenfalls nicht geläufig, denn bei einer Abtreibung empfindet die Mutter meistens einen Trennungskonflikt von ihrem Kind (Embryo) und bekommt dann als Rechtshänderin links ein Mamma-Ca.

In diesem Fall aber versicherte die Patientin sofort spontan, um das Kind sei es ihr nicht gegangen, sondern um den Freund, der dann trotzdem unmittelbar nach der Abtreibung verschwand. Als er nach 3 Monaten wieder auftauchte, bzw. bei der Patientin wieder einzog, entdeckte sie eine große Schwellung der rechten Brust.

Es würde sicher zu weit führen, im Rahmen dieser Zusammenfassung der NEUEN MEDIZIN und bleibt einem eigenen Buch "Differentialdiagnostik in der NEUEN MEDIZIN" vorbehalten, alle diese möglichen Fälle und Konstellationen zu besprechen.

3. Die Conflictolyse (CL):

Die Conflictolyse ist ein sehr markanter Punkt, den man kaum übersehen kann, wenn dies bisher auch fatalerweise der Fall war. Der Umschlag der vegetativen Innervation von Dauer-Sympathicotonie zur Dauer-Vagotonie ist eine gewaltige Zäsur, sowohl psychisch, wie auch vegetativ-cerebral, als auch organisch. Organisch wird oft Fieber, "Grippe" festgestellt.

Jede Erkrankung hat ihre ganz bestimmten pcl-Symptome, die mit der Conflictolyse (CL) einsetzen. Bei einer einzyklischen Er-

krankung wird es, denke ich, in Zukunft kein zu großes Problem sein, die CL zweifelsfrei zu finden. Schwierig wird es erst, wenn es zu einem "hängenden Konflikt" gekommen ist, bei dem (noch) keine CL eingetreten ist. Schwierig aber wird es auch, wenn laufend Rezidive eintreten und immer wieder Conflictolysen. Wir sprechen dann von "hängender Heilung" (s.Terminologie). Solch eine "hängende Heilung" ist z.B. der M. Parkinson, wobei das Zittern (meistens der Hände) stets die Heilungsphase ist, wobei der Patient meist jede Nacht im Traum wieder ein kurzes Konfliktrezidiv erleidet.

Warum ist es so wichtig, die CL so genau zu bestimmen, besonders im einzyklischen Verlauf, bei dem es eine nicht unterbrochene ca-Phase und eine nicht unterbrochene pcl-Phase gibt?
Der Grund ist: Die möglichst genaue zeitliche Bestimmung bedeutet für den Patienten oft letztendlich Tod oder Leben. Denn aus dem zeitlichen Abstand von DHS und CL und dem derzeitigen aktuellen Verlaufsstand kann man berechnen, wo der Patient im Moment steht: Steht er vor der epileptoiden Krise (EK)? Hat die epileptoide Krise schon stattgefunden? Welche aktuelle Gefahr besteht? Besondere Bedeutung hat noch die Berechnung im Falle einer Leukämie, bei der sich die schon vorher vorhanden gewesene Anämie mit der CL durch die starke Gefäßerweiterung in eine rechnerisch noch erheblich verstärkte "Halb-Pseudoanämie" fortsetzt. In den ersten zwei Wochen nach der CL muß man hier gewissenhaft untersuchen, Ruhe bewahren, kein Risiko eingehen, aber auch keine unnötigen Bluttransfusionen geben - und wenn, dann möglichst nachts, vor allem bei Kindern, damit der Patient nach Möglichkeit keinen "Blutungs- und Verletzungs-Konflikt" erleidet. Denn unser Gehirn kann - im Falle einer Panik - nicht unterscheiden zwischen Blut-verlieren und eine Bluttransfusion-bekommen oder "Blut-Krebs" haben, wie es heute noch heißt.

4. Der Patient ist in der Heilungsphase:
Die äußeren Symptome sind erst einmal die: Der Patient hat warme Hände, ist schlapp und müde, hat guten Appetit, evtl. sogar Fieber, ist in Dauervagotonie.

Sobald der Doktor festgestellt hat, der Pat. ist bereits in der Heilungsphase, müssen alle Rädchen in seinem Kopf auf Hochtouren laufen, um möglichst rasch herauszufinden, an welcher Stelle der Heilungsphase der Patient sich befindet. Er muß schleunigst den genauen Zeitpunkt des DHS herausfinden und die Dauer des Konfliktes eruieren, um die Frage beantworten zu können:

Befindet sich der Patient z.B. noch vor der epileptischen bzw. epileptoiden Krise oder befindet er sich bereits nach der epileptoiden Krise. Hat die epileptoide Krise ein hohes Mortalitätsrisiko für diesen speziellen Fall der Erkrankung? Handelt es sich z.B. um eine Althirn-gesteuerte Erkrankung, dann muß sofort die Frage laut werden, ob eine Tuberkulose im Gange ist oder ob man dem Patienten zu einer Tuberkulose verhelfen sollte.

Es kann allerdings auch sein, daß der Heilungsverlauf schon weitgehend abgeschlossen ist, und zwar ohne Tuberkulose, und daß man dann z.B. im Falle eines Darm-Karzinoms, eine Operation vorschlagen sollte, um einen Darmverschluß zu vermeiden. Jedoch sollte man in einer solchen Operation nur das Allernotwendigste, sprich 15 cm maximal des Dickdarms herausnehmen oder sogar den Tumor einfach nur zurückschneiden, wenn das technisch möglich ist, ohne daß eine Verblutung droht. Denn die frühere Ma-

xime: weit im Gesunden schneiden, wegen der Metastasengefahr, hat sich als haltlos und unsinng erwiesen.

Ganz andere differential-diagnostische Erwägungen haben wir auch dann anzustellen, wenn z.B. ein echtes Schilddrüsen-Adenom gewachsen ist, bei einem Konflikt des "Nicht-schnell-genug-gewesen-seins, um den Brocken zu kriegen". Wenn wir hier nun in der Heilungsphase sehen, daß keine Tuberkulose vorhanden ist, und letztlich eine Tuberkulose für den Rest der noch verbleibenden Heilungsphase nichts mehr bewirken kann, dann kann man nur noch operieren, um die Tyroxinwerte wieder zu senken, die normalerweise Mutter Natur von selbst nach dem Abbau des Adenoms wieder reguliert hätte.
Die Heilungsphasen hatten wir ja bisher zum Großteil als "Infektionskrankheiten" fehlverstanden. Auch wenn wir sie nun richtig einordnen können, heißt das noch nicht, daß es in Zukunft therapeutisch einfacher wird. Hier hilft uns, daß wir in Zukunft durch das Wissen um den Zeitpunkt des DHS und die Dauer der ca-Phase vorbereitet sind auf das, was uns erwartet. Je besser man die Sache übersehen kann, desto beruhigter ist wiederum auch der Patient.
Komplizierter wird die ganze Sache naturgemäß, wenn mehrere biologische Konflikte gleichzeitig verlaufen. Dabei ist von Wichtigkeit, ob ihre Phasen auch gleichsinnig verlaufen oder z.B. gegensinnig. Wenn der Patient gleichzeitig eine pcl-Phase eines biologischen Konfliktes hat und eine ca-Phase eines zweiten biologischen Konflikts, dann muß man die Anwendung von Cortison sehr genau erwägen. Wenn möglich sollte man darauf verzichten.

Ein ganz besonders wichtiges Thema sind in diesem Zusammenhang die Hirnoedeme des HH in der pcl-Phase, die leider immer noch als "Hirntumoren" gelten und in der Regel herausoperiert werden. (s. Kap. über die HH)

5. Die epileptische/epileptoide Krise (EK):

War schon die pcl-Phase im allgemeinen bei einer Reihe von Erkrankungen nicht ganz ungefährlich, kann sogar, wenn man nicht aufpaßt, mortal enden, so stellt uns die epileptoide (u. epileptische) Krise oftmals vor noch größere klinische Aufgaben. Sie stellt selbst für erfahrene Kliniker eine echte Herausforderung unserer Kunst dar. Die EK ist die Stunde der Wahrheit! Mindestens bei einer großen Anzahl von corticalen großhirngesteuerten Organerkrankungen wie Herzinfarkt, Linksherzinfarkt und Rechtsherzinfarkt mit Lungenembolie, Lyse der Pneumonie, Lyse des Kehlkopf-Ca, Kiemenbogen-Zysten und ebenfalls Diabetes, Hypoglycämie, sensorische Lähmungen und periost-sensorische Lähmungen. Näheres kann man für jede dieser Erkrankungen aus der Tabelle entnehmen.

Diese genannten markanten Punkte können am nächstbesten Patienten reproduziert werden. Je genauer und gewissenhafter dies geschieht, desto besser sind die Chancen für unsere Patienten.
Wenn wir den Patienten nun in Zukunft mit gutem Recht sagen, daß fast alle überleben können - von wenigen Extremfällen abgesehen - dann mobilisiert der Patient ungeahnte Kräfte und arbeitet an seiner eigenen Genesung begeistert mit - als Chef des Verfahrens!

2. B. Die Prüfbarkeit und Prüfung in der NEUEN MEDIZIN

Wie prüft man nächstbeste Fälle auf Reproduzierbarkeit nach den biologischen Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN?

In den letzten 13 Jahren ist eine große Zahl von Reproduzierbarkeits-Überprüfungen, die allermeisten in öffentlicher Form, durchgeführt worden - nichts anderes, als was ich in aller Form vor 13 Jahren einer Reihe von Professoren der Universität Tübingen vorgeschlagen hatte, dies mit ihnen, wenn sie es anders nicht wollten, sogar hinter verschlossenen Türen, durchzuführen.

Immer sollte nach naturwissenschaftlichen Regeln der Reproduzierbarkeit überprüft werden, ob nächstbeste Fälle in beliebiger Anzahl nach den Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN erklärt und nachvollzogen werden konnten.

Was ist wissenschaftliche Reproduzierbarkeit?
In der strengen Naturwissenschaft (z.B. Physik u. Chemie) gilt zur Verifikation einer naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeit einzig und allein nur der Nachweis der Reproduzierbarkeit im nächstbesten Experiment, und zwar öffentlich.
Mutatis mutandis gilt das für die biologischen Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN für den nächstbesten Krankheitsfall eines jeden Patienten ebenfalls.
Auch im physikalischen Experiment benutzt man im Versuch B nicht dasselbe Material von Versuch A, sondern "gleiches" Material, in der Chemie nicht dasselbe Wasser vom vorangegangenen Versuch, sondern "gleiches" Wasser (H_2O).
Genauso kann man nicht denselben Patienten vom voraufgegangenen Mal demonstrieren, sondern den nächstbesten "gleichgelagerten" Fall.

Bei den Patientenfällen, die man nach den 4 eisernen biologischen Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN reproduzieren will, ist die Sache im Prinzip sogar sehr einfach:

Es gibt 3 Ebenen, die synchron verlaufen müssen und es gibt 2 Krankheitsphasen (sofern der Konflikt gelöst wird), dazu vor der sympathicotonen Phase eine Phase der Normalität und am Ende der vagotonen Heilungsphase eine Phase der Renormalisierung, die wir durch die verbleibenden Narben auf psychischer, cerebraler und organischer Ebene sehr gut von der voraufgegangenen "jungfräulich"-normalen Phase unterscheiden können.

Wir haben also nicht nur je 4 Phasen-Abschnitte auf jeweils 3 Ebenen, sondern zusätzlich noch 3 markante Punkte (DHS, CL und epileptische Krise) auf jeweils 3 Ebenen, mithin 21 Kriterien, die wir, jedes einzeln, nach den 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten abfragen können.

Da aber die 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten zusammen mindestens 6 Kriterien enthalten, einschließlich der histologischen Kriterien, der cerebraltopographischen, organtopographischen, der konfliktcolorativen und der mikrobischen Kriterien, kommen wir, wenn man alle 3 Ebenen engmaschig untersuchen kann, für einen einzigen Fall auf 126 überprüfbare und reproduzierbare Fakten.

Daß nur ein einziger Fall diese 126 reproduzierbaren Fakten **zufällig** aufweisen würde, ist schon astronomisch unwahrscheinlich, denn es ist ja immer der nächstbeste aus Millionen möglicher Fälle.

Hat aber ein Patient nur zwei Erkrankungen, die vielleicht teilweise parallel oder sukzessiv verlaufen, dann addieren sich die reproduzierbaren Fakten schon auf 252, die Wahrscheinlichkeit aber potenziert sich auf geradezu astronomische Wahrscheinlichkeitswerte!

Als äußerst wichtiges Kriterium geht noch in die Rechnung ein, daß die Lokalisation der HAMERschen HERDE im Gehirn ja prädestiniert ist. Das bedeutet, daß das Relais - eins von mehreren hundert möglichen Relais - schon vorher feststeht. Und dieses Relais - im Erkrankungsfall HAMERscher HERD - muß nun genau die Formation haben, die zu der entsprechenden Phase gehört. Die Wahrscheinlichkeit nur für einen einzigen Fall ist schon astronomisch hoch. Bei jeder Überprüfung hatten die Patienten aber mehrere Krebse oder Lähmungen, Diabetes oder dergl. und für jede einzelne Erkrankung müssen wieder alle Kriterien erfüllt sein...!

Kapitel III

Die EISERNE REGEL DES KREBS

Die Entdeckung der NEUEN MEDIZIN begann mit dem Tod meines Sohnes Dirk, der im Morgengrauen des 18. August 1978 von dem italienischen Kronprinzen tödlich getroffen vor der Mittelmeerinsel Cavallo bei Korsika, 3 Monate später, am 7. Dezember 1978 unter furchtbaren Umständen in der Heidelberger Universitätsklinik in meinen Armen starb.

Ich erkrankte damals an einem Hoden-Karzinom, genauer gesagt an einem Terato-Karzinom des rechten Hodens. Ich bestand damals gegen den Rat der Tübinger Professoren darauf, daß der geschwollene Hoden operiert werden sollte, weil ich schon damals die vage Vermutung hatte, daß durch den Tod meines Sohnes bei mir, der ich wissentlich vorher nie ernstlich krank gewesen war, irgend etwas auf körperlicher Ebene ausgelöst worden war. Der Schnellschnitt ergab damals angeblich ein Terato-Ca. Nach meiner Genesung beschloß ich, dieser meiner Vermutung, sobald sich mir die Gelegenheit böte, auf den Grund zu gehen.

Diese ergab sich 1981 als ich an einer Krebsklinik als internistischer Oberarzt tätig war.

Die EISERNE REGEL DES KREBS, entdeckt im Sommer 1981, schien zunächst nur für gynäkologische Krebsarten Geltung zu haben. Schon ganz bald aber stellte sich heraus, daß sie auf alle Arten von Krebs angewendet werden konnte. Schließlich stellte ich fest, daß eigentlich alle sog. Krankheiten entweder Krebse waren oder aber Krebs-Äquivalente, d.h. so etwas Ähnliches wie Krebs. Deshalb war es nur logisch, daß die EISERNE REGEL DES KREBS auf alle Erkrankungen der gesamten Medizin Anwendung finden mußte. Sie gilt für die gesamte Medizin. Da sie nun einmal so heißt, läßt man sie bei ihrem Namen, statt zu sagen: die "EISERNE REGEL der gesamten Medizin".

Das 1. Kriterium beschreibt die Bedingungen für das Zustandekommen eines **biologischen Konflikts** und grenzt sich damit sogleich ganz deutlich ab von den sog. psychologischen oder psychischen Konflikten, die man besser allgemein psychische Konflikte nennt. Psychische Konflikte sind chronische, langangedauerte Konflikte bzw. Probleme oder solche, bei denen man etwas Zeit hatte, um sich darauf vorzubereiten und einzustellen. Diese Zeit braucht nicht lang zu sein, manchmal nur einige Sekunden. Psychische Konflikte und Probleme der üblichen Art, auf die wir uns kurz vorher einrichten können, die wir schon kennen, meistern wir Menschen auch reihenweise.

Ganz im Gegensatz dazu steht der biologische Konflikt bei Mensch und (Säuge)-Tier, der aber vermutlich auch bei allen anderen Tieren und sogar den Pflanzen in gleicher oder analoger Weise verläuft.

Der biologische Konflikt ist ein schwerer, hochakut-dramatischer und isolativer Konflikt-Schock, der uns gänzlich unvorbereitet auf dem "falschen Fuß" erwischt.

Die EISERNE REGEL DES KREBS

Die EISERNE REGEL DES KREBS ist eine empirisch gefundene biologische Gesetzmäßigkeit, die bisher in 10 000 von mir untersuchten Fällen ausnahmslos gestimmt hat.

Die EISERNE REGEL DES KREBS ist ein überdeterminiertes System dreier korrelierender Funktionen, wobei ich jeweils die restlichen zwei berechnen kann, wenn ich eine weiß.

Die EISERNE REGEL DES KREBS lautet:

1. *Kriterium:*

Jede Krebs- oder Krebsäquivalent-Erkrankung entsteht
mit einem DHS, d. h. einem

allerschwersten
hochakut-dramatischen und
isolativen

Konflikterlebnisschok, gleichzeitig bzw. quasi
gleichzeitig auf allen 3 Ebenen

1. in der Psyche
2. im Gehirn
3. am Organ

2. *Kriterium:*

Der Konfliktinhalt bestimmt im Augenblick des DHS sowohl die Lokalisation des HAMERschen HERDES im Gehirn, als auch die Lokalisation des Krebs- oder Krebsäquivalentes am Organ.

3. *Kriterium:*

Der Konfliktverlauf entspricht einem bestimmten Verlauf des HAMERschen HERDES im Gehirn und einem ganz bestimmtem Verlauf einer Krebs- oder Krebsäquivalent-Erkrankung am Organ.

Ich habe viele Patienten erlebt, denen drei oder gar vier allernächste Angehörige verstorben waren, an denen sie wirklich gehangen hatten. Bei einer Patientin war es besonders prägnant: Der letzte der vier verstorbenen Angehörigen, der Onkel, hatte eine hübsche, alte Truhe, die er der Patientin angeblich versprochen hatte zu vererben, im Testament aber der Schwester der Patientin vererbt. Das traf sie völlig unerwartet "auf dem falschen Fuß", denn sie hatte fest damit gerechnet und sogar schon den Ehrenplatz im Wohnzimmer dafür vorbereitet. Sie erlitt einen unverdaulichen Ärger, quasi hatte sie den Brocken in Gedanken schon vereinnahmt und mußte ihn gedanklich wieder her-

geben: Sie erkrankte an einem Pankreas-Ca.

"Psychologisch" gesehen hätte der Tod ("Verlust") jedes einzelnen dieser nahen Angehörigen weit bedeutender sein müssen - war es aber nicht, denn bei jedem der vier Angehörigen hatte man vorher gewußt, daß da, so traurig es auch war, nichts mehr zu machen war. Die Angehörigen wurden gebührend betrauert, es war ein psychischer oder psychologischer Verlustkonflikt - aber es war eben kein biologischer Konflikt gewesen. Das Nichtvererben der Truhe dagegen traf die Patientin völlig auf dem "falschen Fuß". Das verursachte einen biologischen Konflikt - verursachte einen Krebs im Pankreas!
Die Psychologen suchten immer nach solchen psychologisch relevant erscheinenden Konflikten, latenten Konflikten, die sich lange aufgebaut hatten, meist schon aus der Kinder- und Jugendzeit herrührten, Konflikten zwischen Triebstruktur und angeblichen Ich-Instanzen des Menschen oder typischerweise z.B. nach Verlustkonflikten eines Angehörigen, wurden aber nie ursächlich fündig!

Sie hatten stets **das Moment des "Nicht-erwartet-habens"** nicht mit einbezogen. Deshalb waren alle Statistiken psychosomatischer Art, die sie aufstellten, unsinnig oder sinnlos, denn sie hatten nicht gelernt, "biologisch zu denken". Im Kapitel 14 wird meine Kritik solcher psychologischer Statistik noch weiter ausgeführt.

Definition des biologischen Konflikts:

1. Das DHS entsteht bei einem psychisch gravierenden, hochakut dramatischen und isolativen Konflikt-Erlebnis-Schock, der uns unvorbereitet auf dem falschen Fuß erwischt.
2. Das DHS mit dem damit beginnenden biologischen Konflikt ist nicht nur ein Negativum, eine Störung des optimalen Lebensablaufs, sondern eine **Notwendigkeit**, damit der Organismus auf eines der für solch einen Fall vorgesehenen **Not-** oder **Sonderprogramme** umschalten **kann.** Erst durch das DHS und den biologischen Konflikt erhält der Organismus aus der Hardware seines Gehirns die Chance, die momentan nicht bestandene Qualifikationsprüfung nachzuholen
3. Allergie, Schiene: Hat das Individuum früher bereits ein DHS in gleicher oder ähnlicher Sache durchgemacht, dann ist der Organismus aufmerksamer gegen solche Art von biologischen Konflikten.
   negativ können wir sagen: der Patient tappt immer wieder in die alte Falle
   positiv können wir sagen: der Patient paßt höllisch auf, reagiert sofort mit Sonderprogramm.
4. Der biologische Konflikt wird von Mutter Natur dazu verwendet, das soziale Zusammenleben von Familien, Herden, Rudeln etc. zu ordnen. Dies ist hauptsächlich bei Großhirn-corticalen biologischen Konflikten der Fall. Hierbei bleibt dann z.B. ein Sonderprogramm lebenslang und notwendigerweise eingeschaltet.
5. Bei Aussichtslosigkeit, einen biologischen Konflikt, real lösen zu können, und in dem Fall, daß auch die Möglichkeit des hängend aktiven Konflikts nicht ausreichend ist, kennt die Natur noch quasi das Einfrieren des Individuums auf seiner momentanen Entwicklungsstufe durch die Großhirn-corticale **schizophrene Konstellation**

Eine sehr wichtige Bedingung der EISERNEN REGEL DES KREBS ist,

daß alle Vorgänge, der Beginn des biologischen Konflikts genauso wie die Konfliktlösung oder die epileptische/epileptoide Krise, auf den 3 Ebenen Psyche - Gehirn - Organ synchron ablaufen.
In der NEUEN MEDIZIN wäre der Gedanke absurd, zu fragen, ob vielleicht psychische Vorgänge körperliche Vorgänge "auslösen" könnten.
In der NEUEN MEDIZIN ist ein psychischer Vorgang gleichbedeutend mit einem parallel und synchron ablaufenden cerebralen Vorgang und ebenfalls synchron mit einem körperlich/organischen Vorgang.
Wir haben das Glück, daß wir diese Synchronizität nicht nur philosophisch postulieren oder hypothetisch annehmen müssen, sondern daß wir alle Vorgänge handfest beweisen können, auf jeder der 3 Ebenen und in jedem einzelnen Abschnitt oder jeder Phase des Verlaufs. Selbst die psychische Ebene können wir mit Hilfe der vegetativen Parameter sehr gut beweisen.
Innerhalb dieses 1.Kriteriums der EISERNEN REGEL DES KREBS hat das DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) in der Folgezeit nach 1981 eine ganz zentrale Bedeutung erlangt.

2. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS:

In der Sekunde des DHS ist bereits alles programmiert oder einprogrammiert: Entsprechend dem Konfliktinhalt des biologischen Konflikts in der Sekunde des DHS ist, wie wir heute leicht mit unseren Computertomogrammen feststellen können, ein ganz bestimmtes, schon im vorhinein determiniertes Hirnareal, (HAMERscher HERD) **"umgeschaltet"** worden.

In der gleichen Sekunde beginnen auch die (in der Tabelle Psyche-Gehirn-Organ exakt aufgeführten, durch empirische Beobachtungen) voraussagbaren Veränderungen am Organ; entweder Zellvermehrung oder Zellverminderung oder Funktionsstörung (bei den sog. Krebsäquivalenten).

"Umgeschaltet" habe ich deshalb gesagt, weil, wie wir in einem späteren Kapitel noch sehen werden, das DHS "nur" der Umschaltvorgang auf ein Sonderprogramm ist, damit der Organismus mit der unvorhergesehenen Situation fertig werden kann.

Eine "Krankheit" in dem Sinne wie wir das früher an unseren Universitäten beigebracht bekamen, gibt es, streng genommen, nicht. Wir hatten bei dem, was wir "Krankheiten" genannt hatten, Fehler von "Mutter Natur" angenommen, z.B. daß das vermutete "Immunssystem" (gedacht als Abwehrarmee unseres Organismus) zu schwach geworden sei. "Mutter Natur" macht jedoch keine Fehler, es sei denn, absichtliche, scheinbare Fehler, die dann auch einen Sinn haben, wenn auch für ein Individuum manchmal mit negativen Begleiterscheinungen, jedoch zugunsten des Wohles der größeren Gruppe.

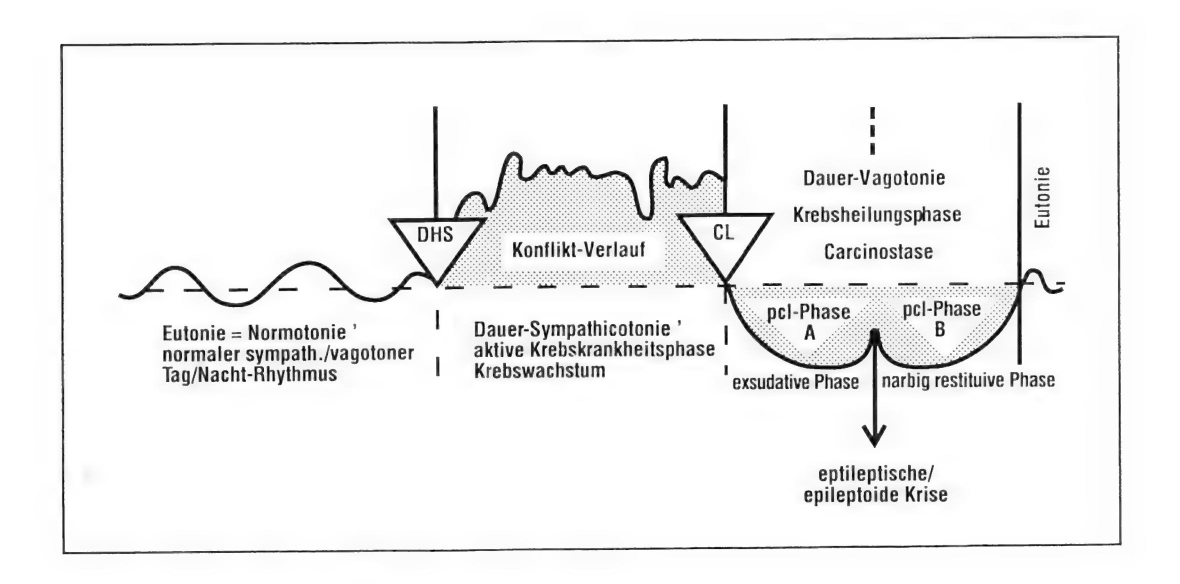
Das 3. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS besagt, daß der Verlauf der gesamten sog. Erkrankung, einschließlich Heilungsphase, auf allen 3 Ebenen synchron ist. Dabei wurden ganz genaue Kriterien herausgefunden dafür, was typisch konfliktaktive Symptome auf psychischer, auf cerebraler und auf organischer Ebene sind und was typische Symptome der Heilungsphase ebenfalls auf psychischer, cerebraler und organischer Ebene sind. Dazu kommen noch die typischen Symptome auf allen 3 Ebenen in

der epileptischen oder der epileptoiden Krise, die für jede Erkrankung ein bißchen unterschiedlich, aber wiederum auch für jede Erkrankung speziell typisch sind hinsichtlich der cerebralen und organischen Symptome (z.B. Magenulcus-Epileptoid, Gallengangs-Ulcus-Epileptoid, sog. "lytische Krise" bei Pneumonie = Bronchial-Ulcera-Epileptoid, Herzinfarkt = Koronar-Ulcus-Epileptoid etc.) und natürlich sowieso typisch für die psychischen und die vegetativen Symptome.

Mit diesem Handwerkszeug, d.h. dem Wissen um die Gesetzmäßigkeit und dem Wissen um die jeweils typischen Symptome des Verlaufs auf den 3 Ebenen, kann man nun erstmals in der Medizin **ursächlich** und quasi reproduzierbar sinnvoll arbeiten.

Kapitel IV

Das Gesetz der Zweiphasigkeit der Erkrankungen, sofern es zu einer Konfliktlösung kommt



Auf diesem Schema sieht man ganz links dargestellt den normalen Tag/Nacht-Rhythmus.
Nach dem DHS sieht man die konfliktaktive Stressphase oder Dauertagphase, auch Dauersymphaticotonie genannt.
Nach der Konfliktlösung (CL = Conflictolyse) folgt die Heilungsphase oder Dauernachtphase, auch Dauervagotonie genannt, unterbrochen von der epileptischen oder epileptoiden Krise, dem Umschlagpunkt der Heilungsphase.
Von da ab strebt der Organismus wieder zur Normalisierung zurück.
Nach Beendigung dieser Heilungsphase ist dann wieder normaler Tag/Nacht-Rhythmus.
Jede Erkrankung der gesamten Medizin verläuft zweiphasisch, d.h. mit einer 1. = konfliktaktiven, kalten, sympathicotonen Phase vom DHS ab (ca-Phase) - und einer 2. = konfliktgelösten oder Heilungs-Phase, auch warme (Fieber) oder vagotone Phase, sofern es zu einer Konfliktlösung (Conflictolyse) kommt. Diese Phase nennen wir auch "post-conflictolytische Phase, kurz pcl-Phase.

Jede Erkrankung, die eine Konfliktlösung hat, hat auch eine ca-Phase und eine pcl-Phase. Und jede pcl-Phase hat, sofern sie nicht durch ein konfliktaktives Rezidiv unterbrochen wird, eine epileptische oder epileptoide Krise am tiefsten Punkt der Vagotonie.

Das Gesetz der Zweiphasigkeit aller Erkrankungen der gesamten Medizin stellt unser gesamtes bisheriges vermeintliches Wissen gründlich auf den Kopf.
Kannten wir bisher etwa, grob geschätzt, einige hundert sog. "Krankheiten", so fanden wir bei genauem Hinsehen etwa die

Hälfte solcher vermeintlichen "Krankheiten", bei denen der Patient kalte Hände, kalte Peripherie zeigte, und etwa die andere Hälfte vermeintliche warme oder heiße "Krankheiten", bei denen der Patient warme oder heiße Hände und meist Fieber hatte. In Wirklichkeit gab es nur 500 "Tandems": Vorne (nach DHS) eine kalte, konfliktaktive, sympathicotone Phase und hinten (nach der CL) eine heiße, konfliktgelöste, vagotone Heilungsphase. Dieses Schema der Zweiphasigkeit ist eine biologische Gesetzmäßigkeit.

Alle Krankheiten, die wir überhaupt kennen, verlaufen fakultativ in dieser Art, sofern es zu einer Konfliktlösung kommt. Wenn wir jetzt zurückblicken, dann hatte man in der bisherigen Medizin nicht einmal eine einzige Krankheit richtig erkannt: Bei den sog. "kalten Krankheiten" hatte man die nachfolgende Heilungsphase übersehen oder als eigene Krankheit (z.B. "Grippe") fehlgedeutet, bei den sog. "heißen Krankeiten", die ja stets die 2. Phase, nämlich die Heilungsphase nach vorangegangener konfliktaktiver Phase darstellen, hatte man eben diese voraufgegangene kalte Phase übersehen oder eben auch als eigene andere Krankheit fehlgedeutet.

Im Gehirn haben beide Phasen natürlich ihren HAMERschen HERD an der gleichen Stelle, allerdings in unterschiedlichem Zustand: In der konfliktaktiven Phase (ca-Phase) stets mit scharf markierten Kreisen als sog. Schießscheibenkonfiguration. In der konfliktgelösten pcl- Phase ist der HAMERsche HERD aufgequollen, oedematisiert. Das Oedem des innersten Ringes bezeichnen wir auch als "intrafocales Oedem", das Oedem um den äußeren Ring als "perifocales Oedem". Das sind aber nur ungenaue Bezeichnungen für eine an sich sehr klare Sache. Vom Beginn der Heilungsphase an ist er gewöhnlich mehr oder weniger mit Kontrastmittel anfärbbar, spätestens am Ende der Heilungsphase finden wir im HAMERschen HERD mehr oder weniger Glia, die als Zeichen der Reparatur der Nervenzell-Synapsen dort eingelagert wird. Diese an sich harmlosen Gliome bezeichnete man, wie wir wissen, bisher als "Hirntumoren" oder "Hirn-Metastasen", in Wirklichkeit waren sie glücklicherweise abheilende oder ausgeheilte HAMERsche HERDE.

Die 1. Phase:

A. psychische Ebene = Konfliktaktivität
- Zwangs-Konfliktdenken
- Streßinnervation, um den Konflikt zu schaffen
- Dauertagrhythmus

vegetative Ebene = Sympathicotonie,
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsabnahme
- Gefäßverengung: kalte Hände und Füße, kalte Haut
- Schlaflosigkeit, häufiges Aufwachen kurz nach dem Einschlafen
- erhöhter Blutdruck

B.	cerebrale Ebene	=	Schießscheibenformation des HAMERschen HERDES im Gehirn an zu Konflikt und Organ zugehöriger Stelle
C.	organische Ebene	=	a) Althirn-gesteuerte Organe: - Zellvermehrung als sinnvolles Geschehen zur Lösung des Konfliktes b) Großhirn-gesteuerte Organe: - Nekrosen oder Ulcera, je nach Organ. Zellschwund! Sinnvolles Geschehen zur Lösung des Konfliktes für das Einzel-Individuum oder sinnvolles Geschehen als quasi Suizidalprogramm zur Erhaltung der Art. (Futter für den Löwen)

Die 2. Phase:

A.	psychische Ebene:	=	Konfliktgelöste Phase (pcl-Phase) - große Beruhigung - Dauernachtrhythmus
	vegetative Ebene:	=	- große Müdigkeit - Vagotonie - großer Appetit - Wohlbefinden - Fieber - Einschlafstörung bis morgens um 3 Uhr (= Sonnenaufgang, biologischer Tagesbeginn); für das "Beutetier" die Chance, bei Tageslicht weniger leicht vom Raubtier im Schlaf überrascht zu werden). - weitgestellte periphere Gefäße: warme Hände, Füße, warme Haut, niedriger Blutdruck
B.	cerebrale Ebene:	=	Die Schießscheibenringe des HAMERschen HERDES oedematisieren sich in der pcl-Phase, sie verschwimmen oft völlig im Oedem (intrafocales und perifocales Oedem). Vom Beginn der Heilungsphase (pcl-Phase) läßt sich der HH mit Kontrastmittel anfärben und wird dann als sog. "Hirntumor" fehlgedeutet. Die Anfärbung mit Kontrastmittel

ist möglich, durch einen erheblich vermehrten Stoffwechsel im Bereich des HAMERschen HERDES und durch Einlagerung von **Glia** , Hirnbindegewebe, um das alterierte Relais wieder zu reparieren.
Der Preis ist: es wird starrer, rigider, ist weniger elastisch.
Bei einem nochmaligen späteren gleichen Vorgang im gleichen Relais, kann es zu einer Zerreißung (Zyste) des Hirngewebes kommen.
Am Ende der pcl-Phase, d.h. nach der sog. "Pinkelphase" (Diuresephase) wird das Oedem spontan wieder zurückgezogen, als Zeichen des geheilten HAMERschen HERDES.

C. organische Ebene: =

a) Althirn-gesteuerte Organe:
- Abbau der Zellvermehrung (nur der Tumorzellen!) in der pcl-Phase durch Pilze oder Pilzbakterien (Tbc) bis zum status quo ante. Wenn die Mikroben fehlen (wegen fälschlich gut gemeinter Hygiene in der Zivilisation), dann bleibt der Tumor, macht aber von der CL ab keine Mitosen mehr; biologischer Zellabbau bleibt aus

b) Großhirn-gesteuerte Organe:
- Wiederaufbau der durch vorangegangenen Zellschwund fehlenden Zellen, d.h. Wiederauffüllung der Nekrosen und Ulcera, je nachdem bei Vorhandensein-, mit Hilfe von Bakterien (Großhirn-marklager-gesteuerte Organe) oder Viren (Großhirncortical-gesteuerte Organe)

Die Unkenntnis dieser Gesetzmäßigkeit im medizinisch-klinischen Sinne hat uns daran gehindert, die Medizin jemals richtig einzuteilen oder auch nur eine einzige Erkrankung richtig sehen zu können. Ohne die Kenntnis dieser biologischen Gesetzmäßigkeiten konnten wir weder jemals den Krebs und seine Zusammenhänge erkennen, denn wir hielten ihn für unheilbar und hatten uns darauf verlegt, die Symptome der Krebserkrankung auf der organischen Ebene zu beseitigen - was, wie wir noch sehen werden, im biologischen Sinne der allergrößte Fehler war - noch

hatten wir z.B. die Möglichkeit gehabt, die sog. Infektionskrankheiten überhaupt zu verstehen, denn wir hielten sie nicht etwa für Heilungsphasen, sondern für agressive Krankheitsphasen, in denen uns die Mikroben vernichten wollten.

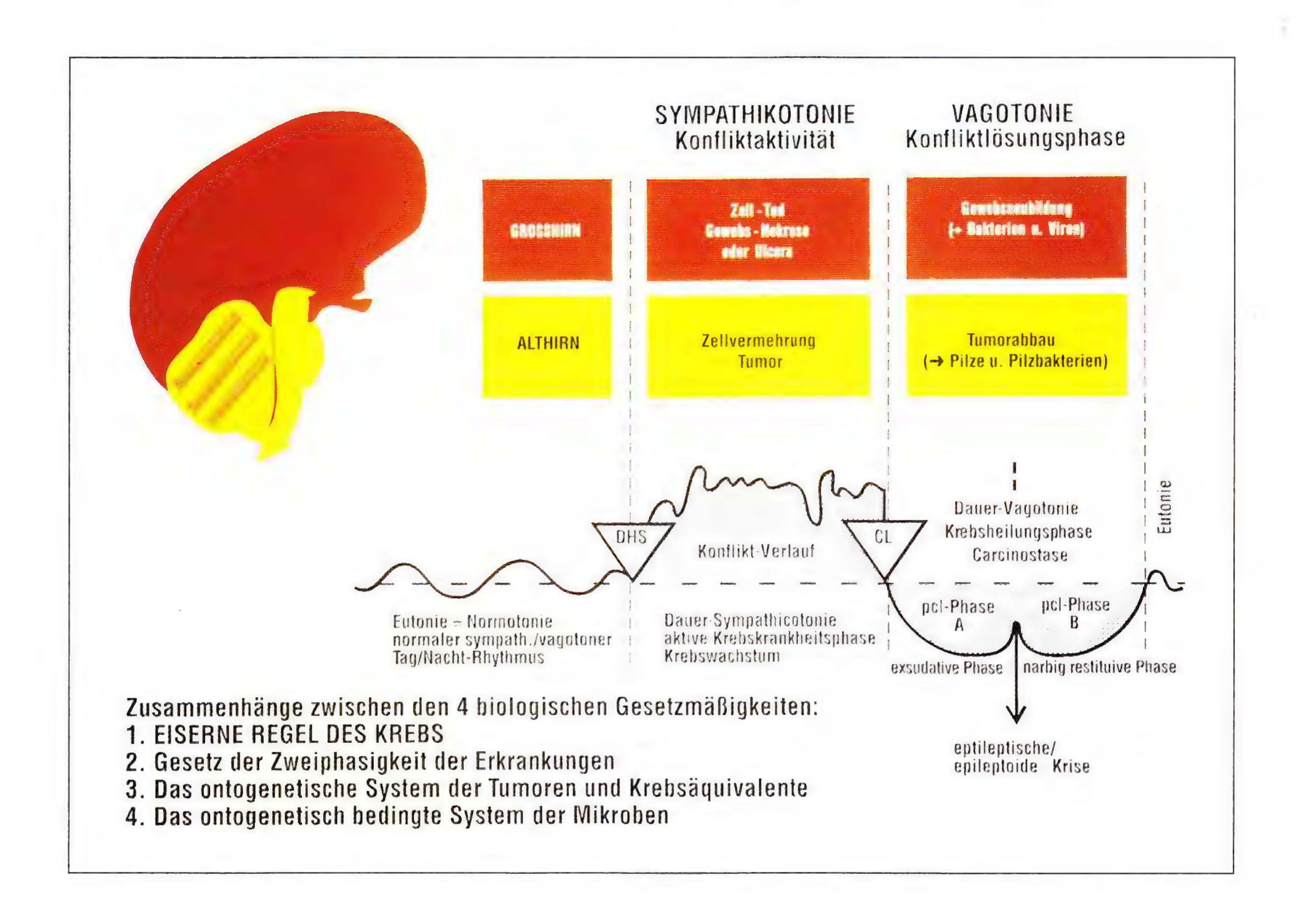
Genau das Gegenteil war der Fall. Die Patienten, die starben, waren trotz der Mikroben am Hirnkoma oder in der epileptoiden Krise gestorben. Dabei wird ja nicht verkannt, daß die Heilungsphasen auch ihre Gefahren besitzen, z.B. beim Herzinfarkt, was wir später noch sehen werden. In manchen Krankheitsverläufen ist sogar die Heilungsphase sehr viel gefährlicher als die konfliktaktive Phase.

In Unkenntnis dieser biologischen Gesetzmäßigkeit konnten wir im Grunde nicht nur keine einzige Krankheit wirklich erkennen und erfassen, sondern dadurch im Grunde noch nicht einmal einen einzigen Patienten wissentlich richtig behandeln, weil wir, wie gesagt, die Heilungsphase als eigene Krankheit verstanden.

Kapitel V

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalenterkrankungen und das ontogenetisch bedingte System der Mikroben

(3. und 4. biologische Gesetzmäßigkeit)



Wir sehen auf dem obigen Schema 2 verschiedene Gruppen (siehe auch große Falttabelle):
Die gelbe oder Althirngruppe und die rote oder Großhirngruppe.
Die Einteilung des Gehirns erfolgt nach den Gesetzmäßigkeiten der Embryologie.
Die gelbe Gruppe macht in der konfliktaktiven Phase Tumoren mit Zellvermehrung.
Die rote Gruppe macht in der konfliktaktiven Phase Tumoren mit Zellschwund.
In der Heilungsphase ist es genau umgekehrt. Da macht die gelbe Althirn-Gruppe Abbau des Tumors durch Mikroben und die rote Großhirngruppe Aufbau der Nekrosen oder Ulcera unter Schwellung und Zystenbildung.
Die EISERNE REGEL DES KREBS und das Gesetz von der Zweiphasigkeit aller Erkrankungen bei Lösung des Konfliktes waren die Voraussetzung, das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalente finden zu können. Es zeigt uns in logisch verständ-

licher Form die innige Verknüpfung unserer Konflikte, der zugehörigen Hirnareale und der Organzugehörigkeit im entwicklungsgeschichtlich-relevanten Sinne.

Dadurch bekommt mit einem Schlage unsere gesamte Histopathologie der Organe eine völlig durchschaubare, selbstverständliche Ordnung. Die Relais für gleiche Konflikte und histologisch gleiche Organe liegen im Gehirn ganz eng beieinander.

Aber dieses ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalente hat uns auch aufgezeigt, daß wir ohne seine Kenntnis niemals z.B. Krebserkrankungen verstehen konnten, weil wir sie in Unkenntnis teils in die konfliktaktive Phase eingeordnet hatten, und zwar die - wie wir jetzt sehen - Althirn-gesteuerten Organ-Tumoren und die Großhirn-gesteuerten Organ-"Tumoren", die ja erst in der Heilungsphase Zellvermehrung machen, ebenfalls als Tumoren fehlgedeutet hatten.

Hatte also jemand behauptet er hätte irgend ein System bei Krebskrankheiten entdeckt, dann konnte es nur falsch sein, wie wir z.B. an den sog. Tumor-Markern sahen, die im Nachhinein besehen für sich vollkommen unsinnig waren und meist das Gegenteil von dem bedeutet haben, was wir ihnen eigentlich zuschrieben. Da wir aber den Unterschied zwischen Althirn-gesteuerten Organveränderungen und Großhirn-gesteuerten Organveränderungen nicht kannten, konnten wir überhaupt gar keine Gemeinsamkeiten finden, wenn wir welche zu finden geglaubt hatten, waren sie falsch.

Das ontogenetische System der Tumoren ist umfassend und in sich logisch. Natürlich folgt es letzten Endes konsequent aus der EISERNEN REGEL DES KREBS und der Entdeckung der HAMERschen HERDE im Gehirn.
Aber dieses gesamtontogenetische System der Medizin, insbesondere der Tumoren, ist für die Medizin vergleichbar mit der Bedeutung des periodischen Systems der Elemente für die Naturwissenschaft. Es beschreibt umfassend die Zusammenhänge der gesamten Medizin!

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalent-Erkrankungen lautet:

1.
Den drei embryonalen Keimblättern entsprechen auch spezifische Arten von histologischen Geweben, die untereinander gleich oder wenigstens ähnlich sind. Lediglich das mittlere Keimblatt oder Mesoderm spaltet sich auf in ein altes oder **"Kleinhirn-Mesoderm"** und ein neues oder **"Großhirn-Mesoderm"**. Das Kleinhirn-Mesoderm verhält sich ähnlich wie das **"Stammhirn-Entoderm"**, während sich das "Großhirn-Mesoderm" ähnlich wie das **"Großhirn-Ektoderm"** verhält.

2.
Im Falle eines DHS, bei dem ein HAMERscher HERD entsteht, reagieren die zu diesem HAMERschen HERD in Korrespondenz stehenden Organbereiche mit entsprechender "Keimblatt-Reaktion":

3.
Die Heilungsphase nach Conflictolyse ist bei den drei Keimblättern sehr verschieden.

Inneres Keimblatt:
Stopp des Krebswachstums, Einkapselung oder Abbau durch Pilze oder Pilzbakterien, z.B. Tuberkelbakterien.

Mittleres Keimblatt:
a) Kleinhirn-Mesoderm:
   Wachstumsstopp, Einkapselung oder Abbau durch Bakterien wie beim inneren Keimblatt, z.B. Mamma-Ca durch Bakterien oder Mykobakterien

b) Großhirn-Marklager-Mesoderm:
   Restitution mit Schwellung u. überschießendem Wachstum im Sinne eines Sarkoms oder beim Knochen mit vermehrtem Callus als Osteosarkom. Das überschießende Wachstum ist völlig harmlos und hört am Ende der normalen Heilungsphase auch spontan wieder auf.
   Bakterien helfen beim Wiederaufbau.

Äußeres Keimblatt:
Tendenz zum Wiederauffüllen der Ulcus-Nekrose mit Restitution oder narbiger Restitution unter Zuhilfenahme von Viren.

Schon die EISERNE REGEL DES KREBS hatte - das haben viele Mediziner bestätigt - zum ersten Mal in den bisherigen Vorstellungswust vom Wesen der Tumoren ein klares System gebracht. Viele Fragen blieben noch offen. Jetzt ist es mir, so glaube ich, gelungen, ein umfassendes System zu finden, das nicht nur die Tumoren, sondern im Prinzip die gesamte Medizin umfaßt. Denn die Störung unserer Verhaltensbereiche durch die biologischen Konflikte ist ja nur ein Spezialfall, der Sonder-Spezialfall, einer Programmänderung eines Hirnbereiches, eben des HAMERschen HERDES, in dem es vorher millionenfach mit erstaunlicher Präzision normal funktioniert hat. Das geradezu atemberaubend Faszinierende an der Programmumschaltung ist, daß zwar durch das DHS der gesamte Organismus mobilisiert wird, daß aber diese Programmänderung, die ich früher als Fehlsteuerung ansah, keineswegs systemlos ist, sondern offensichtlich den Sinn hat, die "letzte Chance" zum Überleben im Kampf ums Dasein, auch wirklich mit allen zur Verfügung stehenden Kräften zu nutzen. Diese Programmumschaltung ist Teil eines sinnvollen Geschehens.

<u>Die Einteilung der Geschwülste:</u>

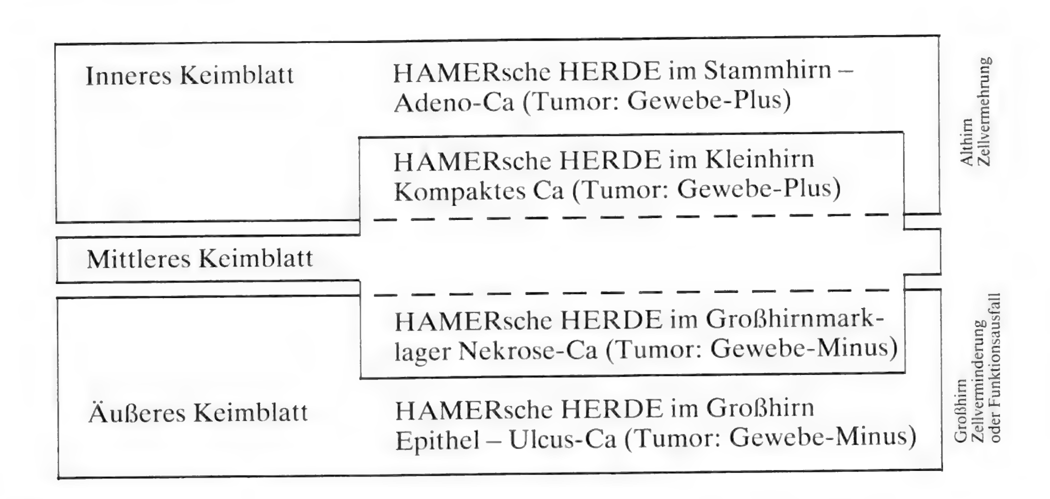
Jahrelang bin ich geirrt durch die vermeintlich morphologische und histologische Systemlosigkeit der Geschwülste, Schwellungen, Tumoren, Karzinome, Sarkome, Seminome, Chorionepitheliome oder Gliome, samt dem, was die sog. Schulmedizin als sog. Metastasen ansieht.

Jetzt endlich glaube ich, eine Einteilung gefunden zu haben, die man wahrscheinlich in mehr oder weniger abgeänderter Form auch in Jahrzehnten noch benutzen wird.

Es ist die Einteilung nach der Entwicklungsgeschichte oder Embryologie!

Ordnen wir alle diese verschiedenen Geschwülste und Schwellungen nach dieser Entwicklungsgeschichte, bzw. nach ihren Kriterien der verschiedenen sog. "Keimblätter", dann ordnet sich

alles plötzlich wie von selbst.
Wenn das Gehirn bei Mensch und Tier wirklich der in -zig Jahrmillionen gewachsene Computer des menschlichen Organismus ist, dann müssen logischerweise auch die entwicklungsgeschichtlich "zusammenhängenden" Körperorgane im Computer Gehirn "zusammenwohnen".



Die Embroyologen teilen allgemein die Embryonalentwicklung ein in die drei sog. "Keimblätter", das Entoderm oder "innere Keimblatt", das Mesoderm oder "mittleres Keimblatt" und das Ektoderm oder "äußeres Keimblatt". Die meisten unserer Organe entstammen nur einem dieser Keimblätter, wie z.B. das Magen-Darm-Rohr (ohne Rectum und obere 2/3 des Oesophagus, kleine Curvatur des Magens, Leber-Gallen- und Pankreasgänge und die Inselzellen des Pankreas) dem Entoderm, dem inneren Keimblatt.
Da aber der Darm schließlich auch Blutgefäße hat, diese aber dem mittleren Keimblatt zugehören, hat auch der Darm "mesodermale Anteile", wie man sagt. Und da der Darm auch ein Nervengeflecht hat, das sog. "vegetative Nervensystem", hat es natürlich auch ektodermale Anteile.
Aber wenn man von einem Organ sagt, es sei beispielsweise entodermalen Ursprungs, dann meint man nicht diese mesodermalen Anteile (Gefäße) und ektodermalen Anteile (Nerven), denn diese Anteile haben doch alle Organe.

Aber es gibt auch Organe, die aus mehreren Anteilen verschiedener Keimblätter funktionell zusammengebaut sind. Dazu gehört insbesondere der Kopf- und Lungenbereich mit Herzbereich, Magen, Leber, Pankreas, Duodenum sowie der Vesico-Vagino-Anal-Bereich samt Nierenbecken. Einige dieser später funktionell zusammengefügten Organe, die wir heute als ein Organ zu sehen gewohnt sind, haben jeweils ihre Relaiszentren in oft weit auseinanderliegenden Teilen des Gehirns.
Beispiel: Der "Uterus" besteht eigentlich aus zwei Organen, einem Gebärmuttermund und -hals und einem Gebärmutterkörper mit Eileitern. Diese beiden verschiedenen Organe sind scheinbar zu einem Organ "Uterus" zusammengewachsen, sind aber hinsichtlich ihrer Schleimhaut verschiedenen Keimblättern entstammend und haben jeweils ihr Relaiszentrum in ganz verschiedenen Teilen des Gehirns: Gebärmuttermund und -hals im periinsulären Bereich links, Gebärmutterkörper-Schleimhaut im Pons des Stammhirns.

Entsprechend sind auch die histologischen Formationen vollständig verschieden voneinander:
Gebärmuttermund und -hals haben Plattenepithel,
Gebärmutterkörper hat Adenoepithel (Zylinderepithel).
Hinzu kommt natürlich noch die mesodermale Muskulatur der Gebärmutter, die ihr Relais im Mittelhirn (Stammhirn) hat.
Deshalb hat es mir zunächst so große Mühe gemacht, die Zusammenhänge zu erkennen.

Umgekehrt sind auch Organe, die im Körper weit getrennt voneinander liegen, wie z.B. Rectum,- Vaginal-, Koronarvenen- und Kehlkopf-Plattenepithel links periinsulär, sowie Intrabronchial-Plattenepithel, Koronarintimaepithel und Blasenepithel rechts periinsulär im Gehirn zum großen Teil sehr dicht beieinander liegend.

Und hätte ich nicht immer wieder Hirnregionen, z.B. "homunculus" (siehe Zeichnungen), histologische Formationen, embryologische Forschungsergebnisse anderer Lehrbücher und meine Hirn-CTs samt Krankengeschichten verglichen, ich würde wohl heute noch darüber nachgrübeln, denn in ziemlich allen Embryologiebüchern steht Mißverständliches, manchmal sogar Falsches, weil ja auch niemand je einen Zusammenhang vermutet hatte.

Jetzt z.B. weiß ich, daß alle Schleimhautbereiche mit Plattenepithelbelag zusammengehören und ektodermaler Herkunft sind, im Gehirn also auch zusammengehören.
Dabei gehören eben so unterschiedliche Organe zusammen, wie Mundschleimhaut, Bronchial-Schleimhaut, Kehlkopfschleimhaut und Kiemenbogengangs-(Zysten)-Schleimhaut, Koronar-Arterien-Intima, Koronar-Venen-Intima, Rectum-Schleimhaut, Gebärmuttermund- und -hals-Schleimhaut. Sie alle haben ihr Relaiszentrum rechts und links periinsulär, alle haben als zugehörige Konflikte sexuelle Konflikte, Revier- oder Reviermarkierungskonflikte.

"Kleinhirn-Mesoderm" und "Großhirn-Ektoderm":

Gewisse Schwierigkeiten hat es mir immer gemacht, wenn ich, wie bei diesem Kapitel, über die Erkenntnisse der Embryologen hinausgehen mußte. Für die Embryologen schienen gewisse Fragen nicht von so besonderer Wichtigkeit, darum haben sie sich nicht speziell damit beschäftigt. Die Haut ist ektodermalen Ursprungs, natürlich aber nur die Epidermis. Die Epidermis ohne Unterhaut (Corium), denn die ist mesodermalen Ursprungs. Es gibt da die feinen Unterschiede in den sog. Hautschichten.

Es gibt nämlich eine untere Hautschicht (Corium) mesodermalen Ursprungs, die die Drüsen enthält (Schweißdrüsen, Talgdrüsen) und die Melanophoren. Dann gibt es darüber die äußerste Epidermis von Plattenepithel, diese ist ektodermalen Ursprungs. Sie enthält die oberflächlich sensiblen taktilen Nervenendigungen und an der Unterseite auch eine Melanophorenschicht.
Der feine Unterschied ist der, daß die einen Zellen vom Kleinhirn innerviert werden, die anderen vom Großhirn. Und das wiederum bestimmt nicht nur ihre Funktion, sondern auch ihren histologischen Aufbau, natürlich auch ihre verschiedene "Tumor-Reaktion" oder -Formation.

Das Kleinhirn-Mesoderm:

Etwa um die Zeit unserer Evolutionsgeschichte, als unsere primitiven "Vorfahren" das Milieu des Wassers gegen das des Landes einzutauschen begannen, zu der Zeit, als das Kleinhirn im Bau war, benötigte das Individuum eine Haut, die nicht nur Stabilität gab, sondern auch gegen übermäßige Sonneneinstrahlung abschirmen konnte, Austrocknung verhinderte etc. Dieses Organ will ich einmal die **mesodermale Kleinhirn-Haut** nennen.

Diese Kleinhirn-Haut hatte keine großen mechanischen Belastungen auszuhalten. Das Individuum konnte sich aber schon wurmartig kriechend vorwärts bewegen. Die Haut hatte die unspezifische, sog. "protopathische Sensibilität"; d.h. sie besaß Empfindung für extremen Druck und Temperatur, war also schon anpassungsfähig und reagibel, wenn sich die Umweltbedingungen extrem veränderten. Diese Haut lagerte die Melanophoren ein, die mit ihrem Pigment besonders das UV-Licht der Sonne abschirmen konnten, außerdem hatte diese Haut durch die Schweißdrüsen die Möglichkeit, einen Flüssigkeitsfilm über die Haut zu legen, um so Verdunstungskälte zu erzeugen und dadurch Verbrennungen der Haut zu verhindern. Das Individuum war also gegen drohende Gefahren der Vitalsphäre schon recht gut geschützt

Nach Ausbildung dieser Kleinhirn-Haut, deren Relaiszentrum wir im medial-hinteren und lateralen Kleinhirn finden, (im Konfliktfall haben wir einen Verletzung-der-körperlichen-Unversehrtheit-Konflikt und im weiteren einen Besudelungskonflikt) wurde das Säuger-Verhalten ausgebildet. Dabei wurde logischerweise das Gesäuge auch gleich in die Haut verlagert. Folgerichtig ist die Brustdrüse eine Einstülpung dieser Kleinhirn-Haut, aus der dann der Säugling seine Milch saugen kann. Im Kleinhirn liegt alles ordentlich beieinander.

Das ursprüngliche Drüsenepithel der Milchgänge gehört ganz offensichtlich nicht mehr zum Drüsentyp des Darmtrakts, gleichwohl ist es diesem morphologisch noch näher verwandt als dem Plattenepithel der äußersten Hautschicht. Beide sind sehr verschieden - weil eben auch der Ursprungsort im Gehirn sehr verschieden ist! Die beste Bezeichnung für das Drüsenepithel der Milchgänge, der Schweiß- und der Talgdrüsen wäre demnach "Kleinhirn-Drüsengewebe".

Zur Kleinhirnhaut gehörte auch die "innere Haut" des Körpers, im Bauch das Peritoneum, im Brustraum die Pleura und im Mediastinalraum das Pericard.

Wir unterscheiden hier wieder das Peritoneum parietale und das Peritoneum viscerale, ebenso Pleura parietalis und Pleura visceralis und Pericardium parietale und Pericardium viscerale. Ihre Krebse nennt man deshalb Mesotheliome.

Es wächst ein Krebs in der vom Kleinhirn gesteuerten Coriumhaut augmentierend, er ist sichtbar! Und diese Kleinhirnhaut ist auch für das Oedem, in diesem Fall für die sog. Ergüsse in der Heilungsphase verantwortlich, den Peritonealerguß oder Aszites, den Pleura-Erguß und den so gefürchteten Pericard-Erguß mit der Herzbeutel-Tamponade! Im Prinzip etwas sehr Gutes, trotzdem als Komplikation der Heilverlaufsphase von mir sehr gefürchtet!

Das Großhirn-Ektoderm:

In der Folgezeit haben die Fähigkeiten der Kleinhirn-Haut nicht

mehr ausgereicht. Mutter Natur hat deshalb in der Hirn-Neuzeit eine auch für den Hautbereich gewaltige neue Konstruktion geschaffen: Sie hat einfach das gesamte Individuum mit einer zweiten Haut, einer **Großhirn-Haut** überspannt.

Diese Großhirn-Haut, natürlich ektodermalen Ursprungs war im Gegensatz zur mesodermalen Kleinhirn-Haut eine widerstandsfähige Plattenepithel-Haut. Diese Plattenepithel-Haut, die dem Großhirn zugeordnet ist, wanderte nun entlang der Segmente und überdeckte die Kleinhirn-Haut vollständig. Sie brachte mit sich die Fein- oder Oberflächen-Sensibilität vom Großhirn (sensibles Zentrum des gyrus postcentralis) und setzte den Organismus in Stand, alle die Informationen zu erhalten, die er brauchte, um das Individuum den raschen und gefährlichen Anforderungen im Kampf ums Dasein als höchstorganisiertes Wesen anzupassen.

Die Formation des Plattenepithels ist das typische morphologische Zeichen für Großhirn-Haut oder Großhirn-Epithel. Dieses Großhirn-Plattenepithel hat aber nun nicht bei den Grenzen der alten Kleinhirn-Haut haltgemacht, sondern z.B. entodermales Zylinder-Epithel in der Blase und entodermales im Nierenbecken oder entodermales Epithel im Mund und oberen Oesophagus, der kleinen Curvatur des Magens und der Gallen- und Pankreasgänge sowie das Kleinhirn-mesodermale adenoide Epithel der Milchgänge (intraductal) überzogen. So finden wir jetzt das typische Großhirn-Plattenepithel in der äußersten Haut, in der Schleimhaut des Mundes und des Nasen-Rachenraumes, dem Plattenepithel des Kehlkopfes, der Bronchien, dem Plattenepithel des Oesophagus, des Pylorus, Bulbus Duodeni und des Pankreas mit den Ausläufern zu den Inselzellen des Pankreas und dem Epithel der Gallengänge.

Gleichzeitig aber finden wir dieses Plattenepithel ebenso in Blase, Nierenbecken, Vagina, Gebärmutter-Mund und -hals, in den Milchgängen und im Rectum. Alle mit dieser Art Plattenepithel ausgekleideten Gebiete sind sehr sensibel und dem sensorischen Zentrum des Großhirns angeschlossen. Sie alle haben typische "Großhirn-Konflikte" (HAMERsche HERDE im Großhirn).

Dazu gehört auch die frühere Periostepidermis, die ehemals aus Plattenepithel und sensiblen Nerven bestand. Heute ist das Plattenepithel nicht mehr auffindbar, weil es keine Funktion mehr hätte, dagegen sind die sensiblen Nerven noch vorhanden. Sie schmerzen bei Dehnung des Periosts. Die Schmerzen bei der Dehnung des Periosts, die regelmäßig entstehen, wenn in der Heilungsphase der Knochen Oedem macht, sind ein gutes Zeichen und ein wichtiger Vorgang bei der biologischen Knochenheilung, weil diese Schmerzen das Individuum dazu zwingen, den betroffenen Skeletteil ruhigzuhalten, der bei Belastung oder Funktionsbeanspruchung in Gefahr wäre zu frakturieren. Oftmals finden wir beispielsweise im Rectum einen Tumor der entodermalen Unterschicht durch die ektodermale Plattenepithelschleimhaut hindurchstoßen. Dann sprechen wir von einem "Polypen" (Adeno-Ca).

Ulcus ventriculi und ulcus duodeni (Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür):

Nach persönlicher Befragung einiger Koryphäen der Embryologie bin ich nun ganz sicher, daß sowohl Rectum-Schleimhaut (bis 12 cm vom Anus) als auch Vaginalschleimhaut samt Muttermund und Cervix uteri, als auch die Harnblasenschleimhaut und Nierenbecken, sowie die oberen zwei Drittel des Oesophagusepi-

thels samt kleiner Curvatur des Magens, Inselzellen des Pankreas sowie Pankreas- und Gallengängen der Leber sowie die Intimazellen der Koronararterien und Koronarvenen (sehr sensibel!) ektodermaler Herkunft sind.

Alle haben sie Plattenepithel oder abgeplattetes Epithel, alle sind sie von außen "eingestülpt", also eigentlich "eingewanderte" Schleimhaut. (Großhirnektodermale "Völkerwanderung"!!)
Ein geradezu fundamentaler Zusammenhang ist mir dabei aufgefallen, der im nachhinein eigentlich sonnenklar erscheint, im vorhinein mich manches Kopfzerbrechen gekostet hat. Das ist das Ulcus ventriculi (Magengeschwür) und Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür).

Wie gesagt, im nachhinein ist ja jedem klar, daß das Magengeschwür psychische Ursachen hat, ebenfalls das Zwölffingerdarmgeschwür. Für mich ist das nichts Außergewöhnliches, weil letzten Endes ja alles vom Computer Gehirn gesteuert wird. Aber das Magengeschwür und die jedem Mediziner geläufige sog. "facies gastrica", das "Magengesicht", passen so gar nicht zu den stammhirngesteuerten Organen des Bauchraums. Ebenso paßt dazu nicht das Inselzell-Krebsäquivalent (Insulom) sowohl der Alpha-Inselzellen, als auch der Beta-Inselzellen, genausowenig eine gewisse Art des Leber-Karzinoms (Gallengangs-Ca).
Aber nun gibt es doch blumenkohlartige Magen-Karzinome, sogar so große, daß sie den ganzen Magen ausfüllen können. Wie kann man diesen Widerspruch erklären?

Zunächst wollen wir uns einige Tatsachen vergegenwärtigen, die zwar jeder weiß, die aber niemand je erklären konnte:

1. So gut wie nie bekommt eine junge feminine Frau ein Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschwür (außer Linkshänderin).

2. Daß eine junge feminine Frau ein Leber-Ulcus-Karzinom bekommen könnte, ist höchst selten. Ich habe noch keines gesehen (außer Linkshänderin).

3. Die Magengeschwüre sitzen immer an der gleichen Stelle: am Magenpförtner (Pylorus/Bulbus) und an der kleinen Magenkurvatur, nie im Fundus oder an der großen Kurvatur.

4. Die oberen zwei Drittel des Oesophagus sind von Plattenepithel bedeckt, das untere mehr von Darmepithel. Aber oftmals geht das Plattenepithel auch bis in den Magen, also hinter die sog. Cardia.

5. Rectum-Ca und Leber-Ulcus-Ca kommen ungewöhnlich oft gemeinsam vor.

Legt man alle dies Mosaiksteinchen zusammen, dann ergibt sich mit großer Wahrscheinlichkeit, daß Teile dieses Plattenepithels, das ja aus der Mundschleimhaut (Ektoderm!) entwicklungsgeschichtlich die Speiseröhre hinuntergewachsen ist, in Wirklichkeit mit seinen Ausläufern, samt Nervenfasern bis ins Duodenum, ins Pankreas (Inselzellen) und in die Leber gewandert ist. Weiter sind die Fasern nicht gewandert, und das ist auch der Grund, warum es nur ein Dünndarm-Carcinoid gibt. Der

Dünndarm ist entwicklungsgeschichtlich nachträglich "eingeflickt" worden zwischen Duodenum und Coecum, er hat im Stammhirn ein relativ kleineres, seiner Größe oder Länge nicht entsprechendes Relaiszentrum und einen unverdaulichen Konflikterlebnis-Inhalt. Ich bin sicher, daß alle Nervenfasern, die die kleine Kurvatur des Magens, den Pylorus- und Bulbusbereich des Magens und Zwölffingerdarms, die Papille und den Ductus pancreaticus und den Ductus Choledochus Cysticus, sowie die Ductus hepatici sensibel versorgen, alle vom rechten gyrus postcentralis lateral unten versorgt werden. Für Magen und Leber ist es sicher, für die Pankreasgänge bin ich auch sicher, die Pankreas-Inselzell-Innervation (sensibel) kommt jedoch vom Zwischenhirn: links-paramedian Alpha-Inselzellrelais für Glucagoninsuffizienz (Angst-Ekel-Konflikt); rechts paramedian Beta-Inselzellrelais für Diabetes mellitus Konflikt des Sich-sträubens).

Ich habe natürlich nun selbstredend, nachdem ich auf diese heiße Spur gestoßen war, meine sämtlichen Hirn-CTs durchgesehen und habe wirklich gefunden, daß ich - hauptsächlich bei den Linksherzinfarkten - einen großen Fehler gemacht hatte: Sehr oft hatten die Patienten zwei HAMERsche HERDE, einen typisch für Koronar-Ulcus-Karzinom oder Intrabronchial-Karzinom rechts periinsulär, dazu aber einen zweiten HH, den ich nicht so recht hatte einordnen können, von dem ich aber angenommen hatte, er müsse "mit dazugehören". Dieser lag aber immer im latero-basalen Teil des gyrus postcentralis des sensorisches Rindenzentrums rechts.

Nun war es eine Routinesache, im Krankenblatt nachzusehen, ob der Patient auch über Magenbeschwerden geklagt hatte (die ich als "Begleitmusik" bei Angina pectoris des Koronar-Karzinoms fehlgedeutet hatte). Und richtig: In den meisten Fällen hatte ich notiert, daß der Patient "auch" über heftigste Magenbeschwerden, Koliken, Erbrechen, Teerstühle oder dgl. mehr geklagt hatte, die von allen Doktoren als "gastro-cardiales Syndrom" den Herzschmerzen zugeschrieben wurden.

Halten wir uns nun das Wesen des Ulcus vor Augen, dann ist es seinem Wesen nach ein Substanzdefekt. Den analogen Vorgang finden wir bei allen Plattenepithel-Karzinomen (Mundschleimhaut, Intrabronchial-Schleimhaut, Koronarschleimhaut, Vaginal- und Muttermundschleimhaut, Blasen- und Rectumschleimhaut, hier bei Blase und Rectum vermischt mit Polypen, die dem entodermalen Darmepithel zugehören und Adeno-Ca-Geweben haben!).

Es kann keinen Zweifel geben: Das Magen- und das Zwölffingerdarmgeschwür gehören ihrem Wesen nach zu den Plattenephithelgeschwüren, sind ektodermalen Ursprungs, haben ihr Relaiszentrum im lateralen gyrus postcentralis retroinsulär rechts, sind ein typisch männliches Attribut des Verhaltens.

Die Sache ist gar nicht so schwer zu verstehen: Im unteren Oesophagus, an der kleinen Curvatur des Magens, am Pylorus des Magenausgangs und im Bulbus duodeni sowie im Pankreasgang, Choledochus und Lebergängen überlappen sich zwei Epithelformationen: Das Darmepithel, das entwicklungsgeschichtlich vom Entoderm, dem inneren Keimblatt, abstammt und zum Magen-Darm-Trakt gehört, sowie das jüngere Plattenepithel, das dem Ektoderm, dem äußeren Keimblatt angehört und sein Relaiszentrum im Großhirn hat. Daher die Schmerzen beim Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, bei der Gallenkolik. Daher auch die

(mitgewanderte) Innervation der Inselzellen durch das Zwischenhirn (die Inselzellen sind direkt nervös vom Zwischenhirn versorgt und dirigiert!).

Früher glaubten viele Autoren medizinischer Lehrbücher, die Salzsäure des Magens würde das Magenulcus bewirken. Aber die große Kurvatur des Magens, wo die meiste Salzsäure ist, hat nie ein Ulcus. Außerdem ist die Hyperacidität des Magens bereits ein vagotones Zeichen, wie in jedem Lehrbuch nachzulesen ist. Daß Magengeschwüre mit Konflikten zu tun haben, bestreitet ja auch keiner. Daß aber im Magen zwei verschiedene Sorten Krebs vorkommen, ein "ulcerativer Krebs" und ein "blumenkohlartiger" Krebs, ist nur beim ersten Hinsehen etwas schwer zu verstehen. Bei dem Magenulcus ist es wie beim Ulcus der Mundschleimhaut: Es werden funktionell unbrauchbare Zellen abgestoßen, weil sie wegen ihrer funktionellen Minderwertigkeit der mechanischen Beanspruchung nicht gewachsen sind. Daraus erklärt sich das "Weniger an Substanz", der Substanz-Defekt. Übrigens haben Oesophagus und Magen ihr Relaiszentrum und damit ihren HAMERschen HERD nahezu an gleicher Stelle. Die Konfliktinhalte haben immer eine Beziehung zum Revier.

Was ist mit den Leber-Karzinomen? In der Leber haben wir auch 2 Sorten von Geschwülsten: die einen - mit Substanzdefekt - sitzen in den Gallengängen, wohin die Großhirnnervenfasern (sensibel) reichen. Die anderen sitzen peripher und machen große höckerige Knoten in der Nähe der Leberkapsel, die man oft gut tasten kann. Sie ähneln dem Bild des Darmtumors. Das solitäre Leber-Ca kann nur verschwinden, wenn es in der Heilungsphase durch Tuberkulose verkäst und abgebaut wird. Die übrigbleibenden Leber-Kavernen kollabieren gewöhnlich und indurieren zur sog. solitären Leberzirrhose (im Prinzip der gleiche Vorgang wie bei den verkäsenden kavernisierenden Lungenrundherden des Alveolarbereichs).

Das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür hat eine weitere Besonderheit:
Da das Relaiszentrum im Cortex liegt, macht es nach Einschießen des Conflictolyse-Oedems eine gastrische Epilepsie!
Magenkoliken mit Krämpfen sind m.E. oftmals oder vielleicht sogar meistens eine epileptische Krise nach Lösung des Konfliktes. Da offenbar "Großhirn-Magenkonflikt" sehr verwandt ist mit dem Revierkonflikt und mit einem solchen oftmals gemeinschaftlich auftritt, wurde oftmals das Bild eines Herzinfarktes durch das klinische Bild einer Magenkolik verschleiert. In weniger dramatischen Fällen sprach man dann von "Hepato-Gastro-Cardialem Syndrom" oder von "Gastro-Cardialem Syndrom", je nachdem, was betroffen und kombiniert war.
Dies ist zu unterscheiden von Darmkoliken in der Heilungsphase nach vorausgegangener muskulärer Darmparalyse (paralytischer Ileus). Konflikt: einen Brocken peristaltisch nicht weiterschieben, d.h. nicht verdauen zu können.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß niemals ein Karzinom in diesen Bereichen auf das scheinbar nächstliegende Organ übergreift, die sog. "Organschwelle" überspringen kann. Niemals sehen wir, daß ein Rectum-Karzinom auf das Sigma übergreift, daß ein Cervix-Karzinom auf das Corpus uteri übergreift, oder daß ein Nierenbecken-Ulcus-Ca auf die Sammelrohre (entodermal) oder von da wieder auf das Glomeruli-Parenchym (mesodermal) der Niere übergreift oder ein oberes Oesophagus-Karzinom auf die

große Curvatur des Magens.

In diesen gleichen Hirnregionen rechts periinsulär liegen aber auch Relaiszentren für Organe, die ebenfalls Plattenepithel-Schleimhaut haben, allerdings auf den ersten Blick mit den recto-vagino-vesikalen Organen nichts zu tun zu haben scheinen: Mundhöhle, Oesophagus- und Bronchialschleimhaut sowie die sog. Intima der Koronararterien. Organe, die auf den ersten Blick weder miteinander noch mit den recto-vagino-vesikalen Sexual- und Reviermarkierungsorganen etwas zu tun haben.

Für die Embryologen taten sich bisher keine Widersprüche auf, solange die "Trias der EISERNEN REGEL DES KREBS" noch nicht bekannt war. Seit wir aber nunmehr lernen müssen, entwicklungsgeschichtlich verständlich zwischen biologischem Konflikt, Lokalisation im Gehirn und Organbezogenheit eine exakte Korrelation zu finden, lernen wir auch die Korrelation zwischen Hirnlokalisation und histologischer Struktur entwicklungsgeschichtlich zu verstehen.

Wir lernen jetzt zu begreifen, daß die Kiemenbogenarterien eine Sonderstellung unter den Arterien einnehmen, weil ihre Gefäßintima aus Plattenepithel besteht (sehr sensibel!), das der Periinsulär-Region im Gehirn zugeordnet ist, also dem Revierverhalten. Jetzt verstehen wir auch, warum man sich in der Vergangenheit oftmals dadurch hat irre machen lassen, daß im Gehirn Gliazellen teilweise so ähnlich aussehen wie verhornende Plattenepithelzellen, wenn diese Gliazellen Glia-Narbengewebe (mesodermal) bildeten, sog. "Gliome". Die äußere Haut (Epidermis) ist zwar auch "ektodermal", die Gesamthaut besteht aber entwicklungsgeschichtlich aus zwei verschiedenen "Häuten", einer älteren, mesodermalen "Kleinhirn-Haut", die heutige "Unterhaut" mit Schweiß- und Talgdrüsen und grober Reizwahrnehmung, und der jüngeren "Großhirn-Haut" (Epidermis) aus Plattenepithel mit Feinsensibilität.

Details überzeugend erklären zu können, das soll nachfolgenden Untersuchern und Interpreten vorbehalten bleiben. An dem System selbst wird sich aber dadurch nichts mehr ändern.

Großhirn-gesteuerte Organe und Althirn-gesteuerte Organe verhalten sich hinsichtlich Zellvermehrung und Zell-Einschmelzung während der sympathikotonen und vagotonen Phase genau umgekehrt proportional zueinander.

Während also die Althirn-gesteuerten Organe in der konfliktaktiven Phase Zellvermehrung machen, machen die Großhirn-gesteuerten Organe in der konfliktaktiven Phase Zelleinschmelzung.

In der vagotonen Heilungsphase verhält es sich genau umgekehrt. Dies hatte man bisher nicht gewußt, ja nicht einmal geahnt.

Da man alle Zellvermehrung als tumorös ansah, mithin die für die rote (Großhirn-)Gruppe völlig normale restituive Zellvermehrung in der Heilungsphase, d.h. die Wiederauffüllung der Organnekrosen (z.B. Callus-Sarkom nach Knochenosteolyse) genauso wie die Zellvermehrung der gelben (Althirn-)Gruppe (z.B. Dickdarm-Krebs) in der konfliktaktiven Phase, konnte natürlich kein ehrlicher Wissenschaftler irgendeinen Sinn oder irgendeine Gemeinsamkeit in der ganzen Sache finden. Die Unseriösesten waren noch die, die vortäuschten, als gäbe es irgendeine Gemeinsamkeit zwischen diesen völlig konträren Gruppen. Außer, daß beide Gruppen einmal Zellteilung machen, wenn auch in verschie-

dener Phase und damit natürlich auch aus ganz verschiedenen Gründen, hatten diese verschiedenartigen Zellteilungen wirklich nichts Gemeinsames, sondern nur ausschließlich Gegensätzliches. Das aber war niemanden je aufgefallen.

1. weil man sich für die Psyche und Konflikte, schon erst recht biologische Konflikte, im Zusammenhang mit Krebs nicht interessierte. Man glaubte eher den vermeintlichen histologischen "facts" (bösartig -nicht bösartig) trauen zu dürfen.

2. weil man in den CTs des Gehirns dogmatischerweise nur Hirntumoren und Metastasen suchte, statt nach Computerrelais unseres Gehirns. Von HAMERschen HERDEN wollte man absolut nichts wissen, denn die hätten ja "die ganze Medizin über den Haufen geworfen".

3. weil man den an Krebs und Krebsäquivalenten Erkrankten nicht einmal mit Bewußtsein die Hand geschüttelt hat. Denn hätte man dies einmal herzlich getan, dann hätte man feststellen müssen, daß die gelbe Althirn-Gruppe immer mit kalten Händen Zellvermehrung macht, dagegen die rote Großhirn-Gruppe stets mit heißen oder warmen Händen (Heilungs-)Zellvermehrung zeigt.
   So einfach wäre das eigentlich gewesen!

Auch bei der vermeintlichen zytostatischen Chemo-"Therapie" hatte man nicht zwischen den verschiedenen Keimblattzugehörigkeiten unterscheiden können. Denn es hätte eigentlich irgendwann mal einem Onkologen aufgehen müssen, daß man mit Chemo, wenn überhaupt, dann nur in der Heilungsphase irgendwas bewirken konnte, nämlich einen Stopp der Heilung. In den konfliktaktiven Phasen aber verstärkte die sog. Chemo-"Therapie", die stark sympathicoton wirkt, noch die Progredienz der Krebserkrankung.

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalente gilt nicht nur für Krebserkrankungen, sondern es gilt, wie alle 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten, für praktisch alle Krankheiten die wir kennen. Die Erkrankungen, die keine Krebstumoren oder -Nekrosen in der konfliktaktiven Phase zeigen, nennen wir "Krebsäquivalent-Erkrankungen". Mit ihnen befaßt sich der folgende Abschnitt.

Die Krebsäquivalent-Erkrankungen:

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebs-Äquivalente ist, wie gesagt, nicht auf die Krebserkrankungen beschränkt, sondern auch für die sog. "Krebs-Äquivalente" gültig.
Das Besondere der Krebs-Äquivalente:
Bei der gelben Althirn-Gruppe sind alle Krankheiten identisch mit Krebs und der dazugehörigen Heilungsphase, falls es dazu kommt.
Falls es dazu kommt, bedeutet, daß es nicht obligat dazu kommt, sondern nur, wenn eine Konfliktlösung erfolgt, ansonsten endet die konfliktaktive Phase mit Kachexie im Tod des Patienten, oder der Patient schafft einen modus vivendi in Form eines hängenden Konfliktes. Die Zweiphasigkeit der Erkrankungen ist

also, was den 2. Teil oder die 2. Phase anbetrifft, abhängig von der Lösung des Konflikts.

Für die Althirnorgane gibt es keine Krebs-Äquivalente, sondern nur Krebse und - im positiven Falle - die Heilungsphase nach Lösung des Konflikts.
Für die mesodermalen Großhirn-gesteuerten Organe (Knochen, Bindegewebe, Lymphknoten etc.) gibt es ebenfalls keine Krebs-Äquivalente, sondern nur Krebs in Form von Nekrosen, Osteolysen, Gewebs-Löchern, kurz Zelleinschmelzungen, sowie - im positiven Falle einer Conflictolyse - die Heilungsphase mit Wiederauffüllung des Substanzdefektes etc.

Krebs-Äquivalent-Erkrankungen finden wir ausschließlich unter den ektodermalen corticalgesteuerten Organerkrankungen, und auch dort nur bei einem Teil dieser Organe. Trotzdem sind es sehr viele.

Die Definition lautet:
Krebsäquivalent-Erkrankungen oder auch kurz Krebs-Äquivalente sind ektodermal-cortical gesteuerte Erkrankungen, die exakt nach den 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten verlaufen, aber statt eines zellulären oder parenchymatösen Substanzdefektes bzw. statt Zelleinschmelzung eine Funktionseinbuße zeigen. Dazu gehören motorische Lähmungen, Diabetes und Glucagon-Insuffizienz, Seh- und Hörstörungen mit ihren entsprechenden Konflikten und HAMERschen HERDEN im Gehirn sowie, falls es zu einer Konfliktlösung kommt, die Heilungsphase mit ihren Symptomen und (gelegentlich auch tödlichen) Komplikationen.

Wenn die Zellen am Organ auch nicht einschmelzen bei den Krebs-Äquivalent-Erkrankungen, so scheinen sie doch in gewisser Hinsicht verändert zu sein, wie ja auch die zuständigen Hirnareale (HAMERsche HERDE) verändert sind. (z.B. Insulome im Pankreas bei Diabetes oder Glucagon-Insuffizienz).

Trotz Veränderung aber scheinen diese Zellen noch nach vielen Jahren der Konfliktaktivität nach einer Konfliktlösung funktionell bedingt restituierbar zu sein.

Das ontogenetisch bedingte System der Mikroben:



Links im Bild sieht man ein Schema des Gehirns und rechts sieht man die entsprechenden Mikroben, die auf Befehl des Gehirns mit der Konfliktlösung zu arbeiten beginnen.

Die **Pilze und Pilzbakterien** (gelb), die ältesten Mikroben unseres Organismus, bearbeiten (bauen ab) nur die vom Stammhirn gesteuerten Tumoren der Organe des Entoderms (inneres Keimblatt) mit Zellvermehrung, z.B. die Darmtumoren, ebenso die vom Kleinhirn gesteuerten Tumoren der Organe des Kleinhirnmesoderms (mittleres Keimblatt) ebenfalls mit Zellvermehrung, z.B. einen Tumor in der weiblichen Brust; also alle Tumoren, die vom Althirn gesteuert sind.

Die **Viren** als jüngste Mikroben (rot) bearbeiten ausschließlich die von der Großhirnrinde gesteuerten Ulcera der Organe des Ektoderms (äußeres Keimblatt), z.B. bei Nasenschleimhaut-Ulcus.

Dazwischen bearbeiten die **Bakterien** (orange) sowohl teilweise die kleinhirngesteuerten Tumoren der Organe des Mesoderms (mittleres Keimblatt), wo sie Zellen abbauen, als auch die großhirnmarklagergesteuerten Nekrosen der Organe des Mesoderms (mittleres Keimblatt), wo die Bakterien Zellen aufbauen helfen, z.B. im Knochen.

Das "ontogenetisch bedingte System der Mikroben" ist nicht etwa eine Theorie oder eine Hypothese, sondern es ist eine empirische Entdeckung.

Das Prinzip war eigentlich ganz einfach:
Nachdem ich ersteinmal das ontogenetische System der Tumoren und Krebs-Äquivalente kannte, mußte mir das "ontogenetisch bedingte System der Mikroben" geradezu wie eine reife Frucht der Entdeckung in die Hände fallen, wenn ich nicht ganz blind war. Denn nachdem ich erlebt habe, daß die Biologie von Mensch und Tier keineswegs so unsinnig und systemlos ist, wie man sich das vorgestellt hatte, mit sinnlos und planlos wucherndem Krebs und mit sinn- und planlos zerstörenden Mikroben, da begann ich natürlich, meine ganze NEUE MEDIZIN systematisch nach einem System abzusuchen. Zwangsläufig mußte ich dabei auf folgende Gesetzmäßigkeiten stoßen:

1. Die Einteilung der Mikroben: Pilze - Bakterien - Viren entspricht ihrem ontogenetischen Alter: Die ältesten Mikroben sind die Pilze, die "mittelalterlichen" sind die Bakterien, die ontogenetisch jüngsten sind die Viren.

2. Die Einteilung der Mikroben erfolgt nach Keimblattzugehörigkeit der Organbereiche, die sie "bearbeiten".

   a) die Pilze und Pilzbakterien bearbeiten die Stammhirn-gesteuerten entodermalen Organe.

   b) Die Pilzbakterien und Bakterien bearbeiten die Kleinhirn-gesteuerten mesodermalen Organe,
   und die Bakterien bearbeiten die vom Großhirnmarklager gesteuerten mesodermalen Organe.

   c) Die Viren bearbeiten ausschließlich die vom Großhirn-Cortex gesteuerten ektodermalen Organe.

3. Alle Mikroben ohne Ausnahme "arbeiten" ausschließlich in der 2. Phase, der Heilungsphase, beginnend mit der Conflictolyse und endend mit dem Ende der Heilungsphase; sie arbeiten weder vorher noch nachher. Vorher galten sie bisher als sog. "apathogene Keime", in der Heilungsphase als "virulente Keime" und nach der Heilungsphase wieder als harmlose apathogene Keime.

4. Alle Mikroben sind mehr oder weniger Spezialisten nicht nur hinsichtlich der Organe, die sie bearbeiten, sondern auch hinsichtlich der Art und Weise, wie sie arbeiten.

   a) Pilze und Pilzbakterien sind "Abräumarbeiter",
   d.h. sie räumen entodermal stammhirngesteuerte Tumoren (Adeno-Karzinome) und mesodermale kleinhirngesteuerte Tumoren (adenoide Karzinome) ab, genauer gesagt:
   Sie verkäsen Tumoren der althirngesteuerten Organe vom Beginn der Conflictolyse an, sofern diese erreicht wird.
   Während der Normotonie und während der konfliktaktiven sympathicotonen Phase sowie in der "Wieder-Normotonie" (nach Abschluß der Heilungsphase) sind sie "apathogen", also "harmlos".- Ebenso sind sie für alle übrigen Organe harmlos, apathogen!

b) Bakterien arbeiten für die Kleinhirn-Mesoderm-gesteuerten Organe als Abräumarbeiter, für die Großhirn-Marklager-Mesoderm-gesteuerten Organe als Aufbauarbeiter, d.h. sie arbeiten für den ganzen mesodermal-gesteuerten Organbereich, jedoch mit unterschiedlicher Funktion. Die adenoiden Tumoren des Kleinhirnmesoderms räumen sie ab, die Zelleinschmelzungs-Defekte bzw. Nekrosen (Osteolysen etc.) der Großhirnmarklager-Mesoderm-gesteuerten Organe bauen sie auf (abszedierend-granulierend-vernarbend). Auch ihre Arbeitszeit beginnt mit der Conflictolyse (CL) und endet mit dem Ende der Heilungsphase, bzw. dem Beginn der "Wieder-Normotonie".

c) Die Viren sind reine Aufbau- oder Restitutionsarbeiter. Sie verursachen eine starke Schwellung und füllen die ulcerösen zellulären Substanzverluste der ektodermal-Großhirn-cortical gesteuerten Organe wieder auf. Auch sie arbeiten, wie alle Mikroben nur während der Heilungsphase.
Bei Plattenepithelulcera-Heilungen unter Mithilfe von Viren kommt es, wenn es sich um röhrenförmige Organe handelt (Bronchien, Koronararterien oder Koronarvenen, alte Kiemenbogengänge des Halses, intraductale Milchgangs-Ulcera oder intrahepatische Gallengangs-Ulcera), zu vorübergehenden Verschlüssen dieser röhrenförmigen Organe durch Schwellung.
Im Prinzip passiert das gleiche, aber weniger foudroyant, auch ohne Viren (z.B. non A- non B-Hepatitis).

5. Die Steuerung der Mikroben, die unsere Helfer und Symbionten sind, erfolgt durch unser Gehirn. Die Mikroben arbeiten nicht gegen uns, sondern für uns, als unsere treuen Helfer durch zig-Millionen Jahre unserer Entwicklungsgeschichte.
Zusammen mit der Programmierung unserer Organe in den verschiedenen Hirnrelais unseres Computers Gehirn sind auch unsere treuen Spezialarbeiter, die Mikroben, gleich mit einprogrammiert worden. Also gibt es weder eine Mykose der Epidermis-Schicht unserer Haut, noch gibt es eine Virusentzündung unseres Darms. Dagegen arbeiten die Viren planmäßig in der Heilungsphase nach der (Revierärger-) konfliktaktiven Phase, die in dem intrahepatischen (ektodermalen!) Plattenepithel Ulcera verursacht hatte, mit starker okkludierender Schwellung der intrahepatischen Gallengänge, was wir bisher ("Virus-)Hepatitis" nannten.

Die Unterscheidung "ikterisch" oder "anikterisch" (Gelbfärbung oder Nicht-Gelbfärbung) richtet sich lediglich danach, wie viele intrahepatische Gallengänge verschlossen sind, oder ob eventuell der Hauptgang (Choledochus) durch Schwellung verstopft ist.

6. Sind keine "Spezialmikroben" vorhanden, dann läuft die Heilungsphase natürlich trotzdem ab, aber nicht biologisch optimal. Das heißt: Ein Todesangstkonflikt mit Lungenrundherden heilt nach Konfliktlösung mit Mycobacterium tuberculosis unter Verkäsung und Kavernisierung der Rundherde, dagegen werden die gleichen Rundherde (Adeno-Ca) ohne Tuberkel-Myko-Bakterien einfach nur narbig eingekapselt. Biologisch funktionell ist aber

offenbar die Bildung von Kavernen nach Verkäsung und Aushustung des Tumors optimaler.
Genauso heilen intrahepatische Gallengangs-Ulcera nach Konfliktlösung auch ohne das Vorhandensein von Viren aus ("non A-non B-Virus-Hepatitis"). Der Verlauf bei Vorhandensein von sog. "Hepatitis-A-Virus oder Hepatitis-B-Virus" ist foudroyanter, aber kürzer, bietet offenbar biologisch eine höhere Überlebenschance als ohne Viren.
Nicht die Viren bewirken also die Hepatitis, wie wir geglaubt hatten, sondern unser Organismus bedient sich ihrer, sofern vorhanden, zwecks Optimierung des Heilverlaufs.

Noch ein Aspekt, der vielen Fragen zuvorkommt:
Die sog. **"Infektionsgefahr"**, insbesondere mit exotischen Mikroben: Ohne Heilungsphase gibt es keine sog. virulenten Mikroben, im Falle einer Heilungsphase sogar nur eine ganz bestimmte Gruppe von Mikroben, soweit dürfte das im Prinzip klar sein.
Aber genausowenig wie unser Gehirn ein Programm hätte für Autos und Flugzeuge, sowenig wie das Reh ein Programm hat für 2 Kilometer weit reichende Kugeln, die mit Zielfernrohr gezielt werden, genausowenig ist unser Computer Gehirn auf rasche Ortswechsel von Tausenden von Kilometern eingerichtet, zumal noch in ganz andere Klimazonen mit anderen Mikroben.
Das, was für die in Zentralafrika dauernd lebenden Menschen normal ist, weil sie eben von Kindheit an dort leben und angepaßt sind, das ist für uns Besucher keineswegs normal. Ein Beispiel sind die für uns harmlosen Masern, die wir als Kinder durchmachen. Als man sie nach Amerika einschleppte, starben Zehntausende von erwachsenen Indianern kläglich - aber kein einziges Kind.
Zwar wird das Masern-Virus übertragen, aber erkranken tut nur derjenige oder das Kind, das zuvor den entsprechenden Konflikt durchgemacht hat und jetzt gerade in der Heilungsphase ist. Im Falle Masern also einen Konflikt der Mund- oder Nebenhöhlen zum Inhalt hat (z.B. "mir stinkt das").

Auch dieses ontogenetisch bedingte System der Mikroben wird die gesamte Medizin von Grund auf verändern. Die heute in Medizinerkreisen durchgängig verbreitete Mikrobophobie ist ein entscheidendes Merkmal unserer seelenlos sterilen heutigen Medizin.

Zusammenfassung der biologischen Gesetzmäßigkeiten und der biologischen Regeln:

Wir kennen **4 biologische Hauptgesetzmäßigkeiten** in der NEUEN MEDIZIN und **6 biologische Regeln**, bei denen wir nicht genau wissen, ob es am Ende auch biologische Gesetzmäßigkeiten sein werden oder ob sie im einen oder anderen Fall gelegentlich eine Ausnahme haben können.

Die 4 biologischen Hauptgesetzmäßigkeiten sind:

1. Die EISERNE REGEL DES KREBS

2. Das Gesetz von der Zweiphasigkeit aller Erkrankungen der Medizin, sofern es zu einer Konfliktlösung kommt.

3. Das ontogenetische System der Tumoren und Krebs-Äquivalente.

4. Das ontogenetisch bedingte System der Mikroben.

Die 6 biologischen Regeln lauten:

1. Die biologische Regel von der epileptischen oder epileptoiden
   Krise in jeder Heilungsverlaufsphase, insbesondere beim kurzdauernden Konflikt-Rezidiv.

2. Die Links- und Rechtshändigkeit und ihre jeweilige Bedeutung für die Lokalisation der HAMERschen HERDE im Gehirn und die dieser Lokalisation wiederum entsprechenden Organsymptome.

3. Die biologische Regel der "depressiven Konstellation" (hormonales Patt und aktiver Revier-, Revierangst- oder Revierärger-Konflikt) oder der "manischen Konstellation" (hormonales Patt und aktiver weiblicher sexueller Frustrationskonflikt, Identitäts-Konflikt oder Schreckangst-Konflikt).

4. Die Regel von der hirnseitigen Aufeinanderfolge der HAMERschen HERDE in der konfliktaktiven Phase im Kleinhirn und Großhirn.

5. Die Regel vom Zustandekommen der schizophrenen Konstellation durch 2 konfliktaktive cortexgesteuerte HAMERsche HERDE.

6. Die biologischen Regelmäßigkeiten des Heilungsverlaufs bei großhirnmarklagergesteuerten Organen z.B. bei Knochenkrebs in der Heilungsphase (Leukämie).

Kapitel VI

Die neue Sprache der NEUEN MEDIZIN - die neue Terminologie

Die Erklärung der Sprache bzw. der Terminologie der NEUEN MEDIZIN ist besonders wichtig, um Mißverständnisse von vornherein auszuschließen. Aufgrund der gänzlich neuen Sichtweisen und der sich darauf zwingend aufbauenden Nomenklatur kann es sehr leicht zu Sprachproblemen zwischen der bisherigen und der NEUEN MEDIZIN kommen. Um ihre Gesetzmäßigkeiten in allen diagnostischen, therapeutischen und allgemein menschlichen Konsequenzen richtig verstehen und anwenden zu können, ist systemimmanentes Denken als Voraussetzung unerläßlich. Dieses zu erhellen, ist Aufgabe des Kapitels.

Die Nomenklatur in der bisherigen Schulmedizin weiß auf Grund der dogmatisierten Hypothesen gar nicht mehr zu unterscheiden zwischen Fakten und hypothesenbedingten Prognosen. Deshalb können wir die Nomenklatur in weiten Bereichen so nicht übernehmen. Die NEUE MEDIZIN muß sich eine NEUE Nomenklatur schaffen, eine NEUE Terminologie - eine ganz NEUE Sprache!

Die NEUE MEDIZIN ist ein rein empirisch gefundenes durch und durch logisches System ohne jede Hypothese, das mit einer geradezu astronomischen Wahrscheinlichkeit beweisbar ist.

Die meisten faktischen Befunde der Schulmedizin werden dabei gar nicht in Zweifel gezogen, wenigstens die allermeisten nicht, nur deren Verknüpfungen.

Anders ist es da schon mit den sog. **Diagnosen:** In ihnen steckt schon immer eine Bewertung der Fakten. Also z.B. wenn eine Diagnose lautet: "Metastasen", dann ist damit gleich eine unbewiesene, sogar falsche Hypothese impliziert, daß irgendwelche gefundenen Zweitkarzinome "Tochtergeschwülste" des primären Karzinoms seien.

Das Faktum, daß da ein zweites oder gar drittes Karzinom ist, wird nicht bestritten, jedenfalls nicht im Prinzip, wohl aber die Bewertung dieses unstrittigen Faktums.

In Ermangelung von ursächlichem Wissen blieb bisher nichts anderes übrig, als Arbeitshypothesen aufzustellen, die man schließlich infolge von Gewöhnung für unwiderlegt und stimmig hält. Man hat zahlreiche Hypothesen aufgestellt, um z.B. die Erklärungslücke aufzufüllen, wann und unter welchen Umständen aus angeblich "apathogenen" oder "gutartigen" Mykobakterien plötzlich "pathogene" oder "bösartige" werden können. Die Mykobakterien selbst sind nämlich absolut identisch. Natürlich zieht man dann aus den Arbeitshypothesen Konsequenzen, ohne daß sie jemals bewiesen waren.

Die sog. "**Metastasen**":

Beispiel: Eine rechtshändige Mutter erleidet, als ihr Kind erkrankt, ein DHS. Nach drei Monaten Krankenhausaufenthalt ist es wieder gesund. Man findet bei der Mutter ein 1,5 cm großes Brustdrüsen-Ca in der linken Brust. Man sagt ihr, man müsse die Brust zur Gänze amputieren, sonst bestehe die große Gefahr, daß die bösartigen Krebszellen in die Umgebung "streuen" würden oder sogar durch das Blut schwimmen und "Fernmetastasen" verursachen könnten. Um dies zu verhindern, müsse man nun so bald als möglich mit der Chemotherapie beginnen, damit alle bösartigen

Krebszellen abgetötet würden. Die junge Mutter erleidet nun angesichts der schockartigen Diagnose, der angekündigten Eingriffe, deren Folgen und der Prognose z.B. folgende DHS:

1. einen Verunstaltungs-Konflikt: bedeutet Melanom im Bereich der OP-Narbe der linken ehemaligen Brust
2. einen Selbstwerteinbruch: bedeutet Rippenosteolysen im Bereich der linken ehemaligen Brust ("Dort tauge ich nichts mehr", "Hier bin ich nichts mehr wert")
3. einen Attacke-Konflikt gegen den linken Brustraum, der operiert werden soll: bedeutet Pleuramesotheliom der linken Pleura
4. Todesangst-Konflikt: bedeutet Lungenrundherde (Adeno-Ca)

Einen Teil dieser zu den Konflikten gehörenden Organveränderungen bemerkt man schon bald: Das Melanom und die Lungenrundherde und, da das Kind ja wieder gesund ist, auch die "Fernmetastase" im rechten lateralen Kleinhirn, sprich: HAMERscher HERD in der pcl-Phase.

Rippenosteolysen und Pleuraerguß bemerkt man für gewöhnlich erst, sofern es zu einer Konfliktlösung kommt.

Da ein Teil der vermuteten "Metastasen" in der Nähe der ehemaligen Brust erscheinen, glaubte man bisher (Arbeitshypothese), daß da wohl auf irgendeine Weise Krebszellen hindurchgewandert sein müßten. Man bezeichnete sie daher als "Nahmetastasen". Findet man z.B. im Gehirn den dazugehörigen HAMERschen HERD, dann stellte man sich bisher vor, die "bösartigen Krebszellen" müßten wohl durch das (arterielle) Blut geschwommen sein, bis ins Gehirn. Man nannte sie dann "Fernmetastasen". Obwohl nie jemand eine einzige Krebszelle jemals im arteriellen Blut hat finden können, hat man unerlaubterweise diese Hypothese dogmatisiert.

Es erscheint vor allem als seltsam, daß diese "bösartigen Krebszellen", immer an dem Ort, an den sie vermeintlich gewandert sind, exakt die Krebsart und histologische Struktur entwickeln, die eben genau dort hingehört. In den allermeisten Fällen mußten sie also - so nahm man mit einer weiteren Hypothese an - unterwegs eine Metamorphose durchgemacht haben. Dazu müssen sie (Hypothese) regelrecht ein Gehirn haben, um genau wissen zu können, welche Art von histologischer Struktur sie dort bauen müssen.

Bei den Nekrosen und Ulcera gibt es eine weitere Schwierigkeit: Wie sollen diese "bösartige Krebszellen" aussenden, wo doch in dem Zellschwund gar keine zu finden sind. Man suchte dann bis jetzt stets nach einem "Primärtumor" vom Typ der Althirngruppe (weitere Hypothese), der als sog. "Primärherd" fungieren könnte. Außerdem fiel bisher niemandem auf, daß Nekrosen oder Ulcera mancher Organe (z.B. Magengeschwür) zunächst "gutartig" gewesen seien, aber darauffolgend - wie durch ein Umschlagen - durch Zellvermehrung (pcl-Phase) nun "bösartig" werden sollten. Aus der "gutartigen", allenfalls als "Metastase" zu bezeichnenden Knochenosteolyse beispielsweise soll gemäß diesem Hypothesengebäude ein sehr "bösartiges" Osteosarkom werden können.

Wenn ein Patient nun mit Hilfe der NEUEN MEDIZIN verstehen kann, was und warum etwas in seinem Körper passiert, muß er keine Panik vor dieser erschreckenden Menge an Hypothesen über unbegreifliche, sinnlose oder nicht zu stoppende Vorgänge mehr haben und wird so in den meisten Fällen keine Zweitkarzinome erleiden und diese Sonderprogramme der Natur überleben.

Noch deutlicher ist die Diskrepanz zwischen bisheriger und

NEUER MEDIZIN hinsichtlich der **Prognosen**, ganz besonders hinsichtlich deren Berechtigung.

In der NEUEN MEDIZIN muß der Tatsache Rechnung getragen werden, daß durch das Äußern einer Prognose, je nach Art und Weise des Vorbringens, eine Vielzahl von neuen Konfliktschocks mit DHS ausgelöst werden, so daß damit die Prognose im nachhinein Recht bekommt. Dies konnte an unzähligen Fällen bewiesen werden.
Die Konsequenz ist ganz einfach die: Man muß dem Patienten das System der NEUEN MEDIZIN erklären. Wenn man ihm dann sagt, was er hat und warum er es bekommen hat, dann ist weder die Diagnose, noch die Prognose furchtbar oder schlimm und der Patient bekommt erst gar keine Anschlußkonflikte mit "Metastasen" und seine Überlebenschance ist sehr viel höher.

Unsere Patienten hatten ja nur deshalb solche unaussprechliche Panik bekommen, weil sie die angeblich Unberechenbarkeit des Krebs und der sog. "Metastasen", von denen ihnen die Mediziner berichteten, für bare Münze nahmen. Ich werde nie die angstgeweiteten Augen der armen Patienten in der Heidelberger Universitätsklinik vergessen, denen der große Chefprofessor bei der Visite brutal sagte: "Ja, da können wir nichts mehr machen...Sie müssen sterben...Aber sie brauchen keine Schmerzen zu haben." Die armen Patienten gerieten damals nach der "Prognoseeröffnung" stets in totale Panik, aßen nichts mehr, tranken nichts mehr - konnten es schon wegen des Morphiums nicht mehr - und starben innerhalb kurzer Zeit. Nach meinen heutigen Kenntnissen litt die Hälfte von ihnen ohnehin nur an Heilungssymptomen. Sehr viele wären, wenn wir gar nichts gemacht hätten - allerdings auch keine Panik - ganz von selbst oder, wie wir sagen, "spontan" wieder gesund geworden.

Seit 1981 habe ich dieses Phänomen aufgezeigt. Aber erst 1989 hat erstmals Herr U. Abel/ Heidelberg in seinem Büchlein: "Die zytostatische Chemotherapie fortgeschrittener epithelialer Tumoren" vorsichtig vermerkt, wir hätten ja eigentlich bei den statistischen Erhebungen (mittels Vergleichskontingent) auch einmal prüfen müssen, was ich immer gefordert habe, was denn therapeutisch passieren würde, wenn man gar nichts machte.

Desweiteren erscheinen viele Karzinome durch ihre Zuordnung zu den drei Keimblättern in der Embryologie in einem völlig neuen Licht: Seitdem eben nicht mehr alles, was Zellvermehrung macht, als Tumor angesehen wird, ergeben sich auch hier hinsichtlich der Prognose ganz neue Dimensionen.

Ein Beispiel: Wenn ein Bronchial-Ca eigentlich aus Ulcera in der Bronchialschleimhaut besteht, das aber, was wir früher als "Bronchial-Karzinom" angesehen hatten, eigentlich eine Atelektase war, eine passagere zumeist, die bereits die Heilungsphase dieser Ulcera darstellte, und nur durch die Schleimhautschwellung den Bronchus verlegte und wenn letztendlich jeder starke Husten im Prinzip das Gleiche ist, nämlich eine Schleimhautschwellung in der Heilungsphase nach Bronchial-Ulcera und einer bestimmten Sorte von frontalem Angst-Konflikt, ja, dann gibt es einfach Sprachprobleme.

Die Schwierigkeit lag darin, daß die NEUE MEDIZIN einfach eine neue Sprache finden mußte, die frei war von dem Ballast, der der bisherigen schulmedizinischen Nomenklatur mit ihren Diagnosen und Prognosen stets anhaftete.

Da es in der Natur, in der Biologie nicht etwas Gut- oder Bösartiges an sich gibt, sondern die Natur, auch in den uns Menschen unverständlich oder gar böse erscheinenden Dingen bzw.

Vorgängen immer etwas Sinnvolles, Zweckvolles, Zielgerichtetes, mithin etwas auf eine Problemlösung abzielendes intendiert, so ist das eigentliche Problem in der heutigen Medizin nicht die Natur, die etwas vergessen hat, einen Fehler gemacht hat, aus dem Ruder läuft, entartet, Amok läuft o.ä., sondern der Mensch selbst in seinem Unverstand.

In der NEUEN MEDIZIN gibt es daher die Begriffe gut- oder bösartig schlicht nicht mehr.
Es gibt in der NEUEN MEDIZIN also keine "Metastasen" mehr, sondern nur noch Zweit- und Drittkarzinome etc.
Es gibt keine "Hirntumoren" mehr, sondern nur noch Hamersche Herde in Schießscheibenkonfiguration oder mit Hirnoedem oder Gliabindegewebsansammlung nach gelöstem Konflikt.
Es gibt keine "Infektionskrankheiten" mehr, sondern nur noch Heilungsphasen nach einer konfliktaktiven Phase mit entsprechender Hirnlokalisation und entsprechender Organmanifestation eines zugehörigen Krebses oder Krebsäquivalentes unter Beteiligung der obligaten Mikroben.
Dafür gibt es jetzt ein DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM), mit dem wir den Beginn einer solchen biologischen Erkrankung markieren, es gibt eine CL (Conflictolyse), die den Beginn der Heilungsphase markiert und eine epileptische oder epileptoide Krise auf dem Höhepunkt der Heilungsphase.

Alles dies sind **nachprüfbare** und weitestgehend **vorausberechenbare** Fakten (bis auf das DHS natürlich, das uns "auf dem falschen Fuß", unvermutet erwischt.)

Im nachfolgenden sollen nun die wichtigsten Begriffe der NEUEN MEDIZIN - alphabetisch geordnet - knapp erläutert und definiert werden:
Alle Bezeichnungen der "biologischen Konflikte" sind so gewählt, daß sie gleichzeitig für das Säugetier (real) Geltung haben können, als auch für uns Menschen im evtl. übertragenen Sinn.

Die Terminologie der NEUEN MEDIZIN:

Allergie:
Eine Allergie gibt es nicht in der Weise, wie wir uns es bisher vorstellten. Allergien, die wir mit unseren Allergietests nachweisen können, sind immer "Zweitschienenstränge" im Zusammenhang mit einem DHS (siehe unter Schiene).

Althirn-Konflikte:
Biologische Konflikte, die althirngesteuerte Organe betreffen: Dazu gehört der gesamte Magen-Darm-Trakt (Stammhirn-gesteuert) und die vom Kleinhirn gesteuerten Organe Pleura, Peritoneum, Pericard und das Corium (Lederhaut).
Die "Stammhirn-Konflikte" beinhalten: Einen-Brocken-nicht-zu-fassen-kriegen-; -nicht-hinunterschlucken-; -nicht-verdauen-; -nicht-ausscheiden-können. Flüssigkeit-nicht-ausscheiden-wollen (Sammelrohre der Nieren beim sog. Flüchtlingskonflikt); häßlicher halbgenitaler Konflikt beim Uterus-corpus- und Prostata-Ca.
Die Kleinhirn-Konflikte beinhalten Konflikte der Integrität: Attacke gegen den Thoraxraum (Pleura-Mesotheliom), gegen den Bauchraum (Peritoneal-Mesotheliom), gegen den Herzraum (Pericard-Mesotheliom) oder gegen die äußere Haut = Verunstaltungs- oder Besudelungs-Konflikt (Melanom der Coriumhaut).

Biologischer Konflikt:
Jeder Konflikt bei Mensch oder Säugetier, der mit einem DHS einschlägt.
Die biologischen Konflikte sind nur entwicklungsgeschichtlich zu verstehen als archaische Konflikte, die bei Mensch und Tier im Prinzip analog sind. Das Tier emfpindet die meisten dieser biologischen Konflikte noch real, wir Menschen oftmals transponiert. Für das Tier geht es bei einem Brocken, den es nicht hinunterschlucken kann, wirklich um ein Stück Nahrung, beim Menschen kann es auch ein Tausendmarkschein oder ein Lottogewinn sein.
Alle Relais des Stammhirns beinhalten die Konflikte, bei denen es darum geht, einen Brocken zu fassen zu kriegen, herunterschlucken zu können, verdauen zu können, den Kot ausscheiden zu können etc.
Das Sammelrohr-Ca der Niere z.B. soll den Organismus beim "Flüchtlings bzw. Existenzkonflikt" davor bewahren, auszutrocknen, der Urin wird hochkonzentriert

ca-Phase:
Konflikt-aktive Phase: Dauersympathicotonie, kalte Haut und Extremitäten, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Denken kreist immer um den Konfliktinhalt. HAMERscher HERD im Gehirn in scharfringiger Schießscheibenkonfiguration, im Organbereich Krebswachstum (Althirn-gesteuerte Organe) oder Nekrose- oder Ulcus-Wachstum (Großhirn-gesteuerte Organe)

Cerebrale Kastration:
Im Falle eines biologischen Revier-Konfliktes, Revierangst-Konfliktes oder Revier-Ärger-Konfliktes eines Mannes passiert folgendes:
a) Rechtshänder: Der Konflikt schlägt im rechten temporalen Relais ein
b) Linkshänder: Der Konflikt schlägt im linken temporalen

Relais ein.
Dauert der Konflikt eine längere Zeit, dann besteht die Möglichkeit, daß der hochakute Konflikt in einen hängend-aktiven Revier-Konflikt heruntertransformiert wird.

Im Falle a): die rechte Hirnseite ist blockiert, das Individuum arbeitet bevorzugt auf der linken, weiblichen Großhirnhemisphäre, wird soft, (platonisch) homosexuell (Zweitwolf-Phänomen).
b): Die linke Großhirnhemisphäre ist blockiert, das Individuum ist daher hirnmäßig "doppelt männlich", ist aber trotzdem psychisch kastriert: typischer Macho-Homosexueller. (männliche Sorte der Homosexuellen).
Das Gleiche im umgekehrten Sinn passiert bei den Frauen mit sexuellem Konflikt, wenn er nicht gelöst werden kann (auch bei Revierangst und Identitätskonflikt):
a) rechtshändige Frau: Die linke Hirnseite ist blockiert, sofortige Amenorrhoe! Die Patientin arbeitet auf der rechten, männlichen Großhirnhemisphäre, männlicher (auch platonisch) lesbischer Typ
b) linkshändige Frau: Rechte Großhirnhemisphäre ist blockiert, dadurch wirkt sie doppelt weiblich, keine Amenorrhoe, sie ist aber trotzdem psychisch-sexuell "blockiert".
Der biologische Konflikt kann schon sehr früh eingeschlagen haben und das Individuum kann dadurch den Anschein erwecken, als ob es schon immer homoerotisch war oder veranlagt gewesen sei, was dann ja sogar scheinbar stimmen kann.

CL:
Conflictolyse, Konfliktlösung des biologischen Konflikts. Umschlagpunkt von der Dauersympathicotonie in die Dauervagotonie, bzw. vom Dauertagrhythmus in den Dauernachtrhythmus oder vom Stresstonus in den Ruhetonus.

Consecutio conflictuum:
= die Abfolge des Konflikts. Im Kleinhirn kann zweimal ein biologischer Konflikt auf der gleichen Kleinhirnseite einschlagen, je nachdem, an welcher Stelle das Individuum sich z.B. verunstaltet oder attackiert fühlt. Bei den corticalen Großhirnkonflikten ist das anders. Mit Ausnahme des Milchgangs- bzw. Gesäugegangs-Ca bei Trennungskonflikt (Mutter-Kind-Trennungskonflikt bei Rechtshänderin rechtes sensorisches Rindenzentrum, Milchgänge der linken Brust; Partner Trennungskonflikt, Milchgänge der rechten Brust, Linkshänderin umgekehrt) schlägt jeweils der zweite biologische corticale Großhirnkonflikt auf der gegenüberliegenden Großhirnhemisphäre ein, sofern der erste biologische Konflikt noch aktiv ist. Dadurch kommt es augenblicklich zur schizophrenen Konstellation.

DHS:
Schwerer, hochakut-dramatischer und isolativer Konflikterlebnisschock, der das Individuum "auf dem falschen Fuß erwischt". Die **unvermutete** Art des Einschlagens ist dabei von größerer Bedeutung, als die "psychologische Inhaltsbewertung" des Konfliktes.

Einzyklischer Konflikt:
Ein biologischer Konflikt der eine ca-Phase hat und eine pcl-Phase hat. Hat der Verlauf aber Unterbrechungen, d.h. Rezidive,

abgelöst von kürzeren Lösungen, dann nennen wir einen solchen Konfliktverlauf polyzyklisch. Auch wenn der Patient mehrere biologische Konflikte hat, können sie doch jeder für sich ein-zyklisch verlaufen. Wenn Phasenunterschiede bestehen, sprechen wir von "gemischter Innervation": also ein biologischer Konflikt ist in der ca-Phase, der andere in der pcl-Phase.

Epileptische Krise (EK:)
= epileptischer tonisch-klonischer Anfall, Tiefpunkt der Vagotonie in der Heilungsphase nach einem motorischen Konflikt. Die epileptische Krise ist der Umschlagpunkt zur Renormalisation, die allerdings erst am Ende der Heilungsphase erreicht wird. Die epileptische Krise ist ein von der Natur eingerichtetes quasi physiologisches und obligates Konflikt-Rezidiv mitten in der Heilungsphase, quasi imaginär. Der Patient erlebt in dieser epileptische Krise im Zeitraffer nochmals seinen gesamten biologischen Konflikt der konfliktaktiven Phase (ca-Phase) durch. Dadurch erreicht der Organismus, daß die Oedeme ausgepreßt werden und die Renormalisierung (mit Diurese-Phase) angesteuert werden kann.

Epileptoide Krise:
Außer den motorischen biologischen Konflikten, die eine epileptische Krise in der Heilungsphase (pcl-Phase) haben, haben grundsätzlich **alle** Krankheiten der gesamten Medizin eine **epileptoide** Krise. Epileptoid heißt: Epilepsie-ähnlich. Es kommt bei den epileptoiden Krisen nicht zu tonisch-klonischen Krampfanfällen wie bei den motorischen Konflikten, sondern jede biologische Konfliktart und Erkrankungsart hat ihre ganz spezifische Art der epileptoiden Krise. Z.B. besteht die epileptoide Krise in der Heilungsphase nach einem sensorischen Trennungskonflikt in einer **Absence**. Das Gleiche gilt für die biologischen (brutalen) Trennungskonflikte unter Schmerzzufügung der Periost-sensorischen Konflikte. Eine typische epileptoide Krise des Revierkonfliktes mit Ulcera an der Koronarintima (Kiemenbogenabkömmling, ektodermal!) ist der **Herzinfarkt**, wobei wir den periinsulär rechts-cerebral gesteuerten Linksherz-Infarkt unterscheiden vom periinsulär links-cerebral gesteuerten Rechtsherz-Infarkt, der mit Ulcera der Koronar-Venen in der ca-Phase einhergeht. Der Rechtsherzinfarkt ist gleichbedeutend mit Lungenembolie und der epileptoiden Krise eines in der pcl-Phase befindlichen Gebärmutterhalskarzinoms. Die Verwandtschaft dieser beiden Organe erklärt sich daraus, daß der Mensch entwicklungsgeschichtlich gesehen früher einmal ein ringförmiges Wesen war. In dieser sehr frühen entwicklungsgeschichtlichen Phase waren die beiden Organe sehr dicht benachbart.

Eine weitere epileptoide Krise ist z.B. auch die sog. "Lyse" bei der Pneumonie, wobei die Pneumonie die pcl-Phase eines Bronchial-Ca ist.
Selbst die vom Stammhirn gesteuerten Tumoren haben in der pcl-Phase solche epileptoiden Krisen, mit oder ohne Mykosen oder Tbc, d.h. mit oder ohne Verkäsung und Abräumung des Tumors.

So, wie wir den Herzinfarkt oder die Lungenembolie als eigene Krankheit aufgefaßt hatten, so kennen wir jetzt in der Neuen Medizin zwei Sorten von **Asthma**, denen gemeinsam ist, daß sie beide eine schizophrene Konstellation darstellen. Dabei ist einer der beiden biologischen Konflikte eine Revierangst. Revierangst kann man auf zweierlei Arten haben:
a) motorisch, b) sensorisch.

Die sensorische Revierangst, die in der pcl-Phase die Pneumonie zeigt, nennen wir, wie gesagt, die Lyse. Den motorischen biologischen Konflikt der Bronchialmuskulatur nennen wir, wenn es sich um eine schizophrene Konstellation handelt, Asthma. Davon gibt es wieder zwei Sorten:

Die eine betrifft die gesamte ca-Phase, die andere nur die kurze epileptische Krise, die ja quasi auch ein ganz kurzes ca-Phasen-ähnliches Intermezzo ist.

Es sind also im Prinzip folgende Konbinationen möglich, die sich aus der Kombination der beiden Konflikte ergibt, die zum Asthma führen:

a. Beide biologischen Konflikte sind in Aktivität.
b. Ein biologischer Konflikt ist in Aktivität - der andere hat eine epileptoide (links cortical) oder eine epileptische (rechts cortical, Bronchialmuskulatur) Krise.
c. Beide Konflikte sind in der pcl-Phase und haben beide eine epileptoide und/ oder epileptische Krise.

Wir haben früher nicht gewußt, warum Cortison nur bei einem Teil der Asthma Anfälle wirkt. Es waren eben nur die Fälle, in denen der Konflikt auf einer oder auf beiden Großhirnhemisphären in der pcl-Phase waren und der Asthma-Anfall einseitig oder doppelseitig die epileptische oder (auf der linken Hemisphäre) epileptoide Krise dargestellt hat.

Die epileptoide Krise ist bei vielen corticalen Großhirn-Konflikten der gefährlichste Moment im Verlauf des biologischen Konfliktes (Herzinfarkt, Lungenembolie, pneumonische Lyse, Absence nach Trennungs-Konflikt etc.).

Bei allen Erkrankungen sehen wir unmittelbar im Anschluß an die EK die sog. "Pinkelphase" oder Diuresephase. Von der EK ab scheidet der Organismus das zuviel eingelagerte Wasser wieder aus. Dabei können die Patienten oft zwischen drei und fünf Litern Flüssigkeit ausscheiden. Wenn sie das wissen, sind sie beruhigt. Wissen sie die Zusammenhänge vorher nicht, so sind sie entsetzt, daß sie einige Kilo abgenommen haben. Wenn die Pinkelphase glücklich vorübergegangen ist, steuert der Organismus zurück zur Renormalisation. Dabei passiert normalerweise nicht mehr sehr viel.

Fronto-occipitale Konstellation:
Der Patient hat zwei aktive biologische Konflikte, einen frontal, einen occipital. Wenn sie beide in der gleichen Hemisphäre sind: "nur fronto-occipitale Konstellation". Sind sie auf jeweils verschiedenen Hemisphären: "Kombinierte schizophrene fronto-occipitale Konstellation".

Gemischte Innervation:
Mehrere bestehende Konflikte verlaufen nicht gleichphasisch, der eine ist z.B. in der ca-Phase, der andere schon in der pcl-Phase.

Gliom:
Mesodermale Bindegewebszellen im Gehirn in der pcl-Phase im HAMERschen HERD. Die Gliazellen werden nicht ausschließlich zur Reparatur des HAMERschen Herdes eingelagert, sondern überall, wo etwas im Gehirn (z.B. auch nach Operation!) repariert bzw. vernarbt werden soll. Der HH ist nach der Reparatur mit Hilfe von Gliazellen wieder voll funktionsfähig. Allerdings ist der Preis für die Reparatur der, daß das Gewebe des HH von da ab rigider, nicht mehr so elastisch ist. Die Heilung nach einem

erneuten Konfliktrezidiv an gleicher Stelle ist dann viel schwieriger.

Hängend-aktiver Konflikt:
Der biologische Konflikt ist fortlaufend aktiv, wenn auch heruntertransformiert. Der Patient kann mit einem solchen Konflikt alt werden (z.B. "Zweitwolf-Phänomen")

Hängende Heilung:
Der biologische Konflikt ist in dauernder Lösung, die Lösung kommt aber nie zu Ende, weil immer wieder (z.B. nachts im Traum) kleine Konflikt-Rezidive das definitive Ende der Heilung verhindern: z.B. M. Parkinson, motorischer Konflikt der Hände = etwas-nicht-festhalten-können.

HAMERscher HERD (HH):
Spezifisches organbezogenes Hirnrelais, das durch das DHS zum HAMERschen HERD wird. In der ca-Phase: Scharfrandige Schießscheibenkonfiguration.
In der pcl-Phase: Oedematisierte Schießscheiben, später Gliaeinlagerung: Glia-Ringe, bisher als "Hirntumoren" (Gliome= z.B. Astrozytome, Oligodentrogliome, Glioblastome etc.) fehlgedeutet und unglücklicherweise extirpiert (s. auch Kap. über HAMERsche HERDE)

Hirnoedem:
Das intra- und perifokale Oedem im HAMERschen HERD ist obligat in der pcl-Phase. Durch eine sog. "hängende Heilung" kann es passieren, daß das Hirnoedem, statt in der zweiten Hälfte der pcl-Phase abzunehmen, sogar immer mehr zunimmt. Wir sagen: Das Oedem schaukelt sich hoch.

Hirntumor:
Falsche Bezeichnung für einen HAMERschen HERD in der pcl-Phase oder danach. Durch Unkenntnis fälschlicherweise als "bösartiger Tumor" fehlgedeutete harmlose Gliaeinlagerung. Die Reparatur durch Gliaeinlagerung hat den Vorteil, daß der HH wieder biologisch vollwertig abgeheilt wird, d.h. daß das Gehirn danach wieder im Grundrhythmus schwingen kann. Die Abheilung hat den biologischen Nachteil, daß das Hirngewebe nach der Abheilung nicht mehr jungfräulich, sondern rigider als vorher ist. Dadurch kann es bei einem Rezidiv zu einer Zerreißung des Gewebes kommen, einer sog. Zyste. Ein operiertes Gehirn jedoch kann, genauso wie ein anderweitig verletztes Gehirn, später nie mehr im Grundrhythmus schwingen. Das deckt sich mit unseren Beobachtungen nach dem Krieg, als die hirnverletzten Soldaten nur einen einzigen Konflikt benötigten, um augenblicklich in der schizophrenen Konstellation zu sein und dann Dinge zu tun oder zu sagen, für die sie sich nicht verantworten konnten.

Konfliktinhalt:
Die biologischen Konflikte sind alle archaische Konflikte, treffen bei Mensch und Tier analog zu. Früher hielten wir die sog. "psychologischen Konflikte", besser psychologischen Probleme, für die einzig wichtigen Konflikte. Das war ein Irrtum. Veränderungen und Umschaltungen im Gehirn machen nur die biologischen Konflikte, bei Mensch und Tier analog. Die Benennung der Konfliktinhalte trägt eben der Tatsache Rechnung, daß diese Konflikte quasi "interanimalisch" sein müssen, jedenfalls

für "uns Säuger". Deshalb ergeben sich Bezeichnungen wie "häßlicher unverdaulicher Konflikt" beim Colon-Ca, oder "häßlicher halbgenitaler" Konflikt beim Prostata-Ca oder Uterus-corpus-Schleimhaut-Ca. Halbgenital bedeutet, daß der Schwerpunkt des Konfliktinhalts sich nicht nur um den rein genitalen Bereich dreht (im realen oder übertragenen Sinne), sondern die genitale Thematik als "Begleitmusik" auftritt, wodurch dieser Konflikt sich deutlich vom sexuellen Konflikt unterscheidet. Alle diese Konfliktinhalte setzen natürlich eine gewisse Beschäftigung mit der Entwicklungsgeschichte voraus. Dann können wir auch den biologischen Konflikt des "Sich-verunstaltet-, -verletzt- oder -attackiert-fühlens" verstehen, der organisch das Melanom bewirkt oder bei den corticalen Konflikten den "Revier-Konflikt", den weiblichen sexuellen "Konflikt des Nicht-begattet-werdens", den "Revier-Markierungs-Konflikt" (Blasen-Ulcus, weil das Säugetier mit dem Urin das Revier markiert) oder "Trennungs-Konflikte" (sensorische Lähmung mit Neurodermitis), "brutaler Trennungs-Konflikt" mit Schmerzzufügung oder Schmerzerleidung (sensorische Periostlähmung, in der pcl-Phase sog. "Muskelrheuma") oder auch "Frontalangst-Konflikt", "Angst-im-Nacken-Konflikt", "Ohnmächtigkeits-Konflikt", "Identitäts-Konflikt", "Angst-Ekel-Konflikt" oder "Konflikt des Sich-Sträubens" etc.pp. All diese Konflikte erleiden analog auch unsere Mitkreaturen, die Tiere in sehr realem Sinne, wohingegen der Mensch diese Konflikte häufig eher im übertragenen Sinne (z.B. oft auf verbalem Wege). Im Grunde gab es schon immer eine gemeinsame biologische Sprache bei Mensch und Tier (besonders Säugetier). Das zeigt die Tatsache, daß wir Menschen uns mit Hund, Pferd oder Kuh so verbunden fühlen, daß wir mit ihnen kommunizieren können und sie als "Quasi-Menschen" empfinden. So erleiden wir auch den gleichen Verlust-Konflikt, wenn unser Menschen-Partner oder unser Partner Hund stirbt. Ist z.B. ein junger Hund krank, dann empfindet die Menschen-Frau auch einen "Mutter-Kind-Sorge-Konflikt" mit Brustkrebs links, bei der Rechtshänderin. Umgekehrt empfindet das Tier genauso biologische Konflikte um uns Menschen, als Partner etc. Die Kenntnis der Konfliktinhalte wird endlich, so hoffe ich, eine neue Ära des Verhältnisses zwischen Mensch und Tier eröffnen; weg von dem schrecklichen Verständnis des Tieres als Sache, das seinen schlimmen Höhepunkt in der Ausrottung vieler seltener Tierarten und den völlig unnötigen Tierversuchen gefunden hat, die eine Schande für die ganze Menschheit sind.

Konfliktmasse:
Die Konfliktmasse errechnet sich als Produkt aus Konfliktstärke und Konfliktdauer. Die Konfliktmasse ist entscheidend dafür, ob ein Individuum seine Heilungsphase (z.B. den Herzinfarkt) überlebt oder nicht: Hat ein Revier-Konflikt mit durchschnittlicher Konfliktstärke mehr als 9 Monate oder bei sehr starker Konflikt-Intensität 6 Monate gedauert, dann verläuft der nicht rechtzeitig entdeckte Revier-Konflikt bzw. der Herzinfarkt höchstwahrscheinlich tödlich. Ein Phänomen sorgt dafür, daß sich kaum Konfliktmasse aufbaut: die schizophrene Konstellation. Unter schizophrener Konstellation corticaler Großhirn-Konflikte kann ein Patient 15 Jahre lang beiderseits aktive hängende Konflikte haben und - überlebt bei einer Lösung der Konflikte z.B. einen Herzinfarkt. Bei den althirngesteuerten Konflikten steht die Konfliktmasse in direkter Proportion zur Größe des Tumors. Aus der Größe eines Tumors kann man direkt

auf die vorhandene oder vorhanden gewesene Masse des Konfliktes schließen.

Meningeom:
Gut abgeheilter HAMERSCHER HERD unterhalb der Meningea. Im Laufe der pcl-Phase war dieser HH mit der Meningea verklebt, was keinerlei nachteilige Folgen hatte. Wir hatten uns geirrt, indem wir falsch vermutet hatten, es handele sich um einen "Tumor", der von der Meningea ausgegangen sei (Meningeal-Gliom).

Ontogenetisches System:
System der Tumoren und Krebsäquivalente.
Man hätte auch phylogenetisches System sagen können. Die Ontogenese ist eine Rekapitulation der Phylogenese in der Embryonal- und Kindheitszeit. Die Phylogenese ist eine, wenn auch sehr wahrscheinliche, Theorie, aber die Ontogenese ist eine unbestreitbare Tatsache. Deshalb heißt das System Ontogenetisches System. (s. entspr. Kap.)

pcl-Phase:
Postconflictolytische Phase: Heilungsphase, die mit der Conflictolyse beginnt und mit der Renormalisierung oder Normotonie endet. Im Tiefpunkt dieser vagotonen pcl-Phase, auch Dauer-Nacht-Phase genannt, finden wir jeweils die epileptische/epileptoide Krise.
cerebral: oedematisierte Auflösung der scharfen Schießscheibenkonfiguration des HHs aus der Ca-Phase (Oedemringe, intra- u. perifocales Oedem der HAMERschen HERDE.
psychisch: Der Konflikt ist kein Thema mehr.
organisch: Bei den Großhirn-gesteuerten und Kleinhirn-gesteuerten mesodermalen Organen: Heilungswachstum.
Bei den Althirn-gesteuerten Organen: Tumorabbau durch Mikroben. Sämtliche Mikroben, die wir kennen, arbeiten ausnahmslos in dieser pcl-Phase, nicht früher und nicht mehr später. D.h.: Haben uns die passenden Mikroben, z.B. Tbc-säurefeste-Stäbchen, während der pcl-Phase gefehlt, dann bleibt der Tumor unverkäst und unabgebaut. Tuberkelmykobakterien nach der pcl-Phase nützen uns nichts mehr für das bestehende Karzinom. Es kann uns nur etwas bei einem späteren Karzinom nützen. Dabei werden dann aber die alten schon länger bestehenden Karzinome nicht mehr "angegriffen".

Polyzyklischer biologischer Konflikt:
Im Gegensatz zum einzyklischen Konflikt sind die polyzyklisch verlaufenden biologischen Konflikte unterbrochen von Rezidiven und kurzen oder auch längeren Heilungsphasen

Schiene:
Wenn ein Individuum einen biologischen Konflikt durch ein DHS erleidet, dann wird im Moment des DHS nicht nur der Konflikt selbst engrammiert, sondern auch gewisse Begleitumstände. Kommt ihm später einer dieser Begleitumstände wieder vor, dann kann der ganze Konflikt als sog. Rezidiv wiederkehren. Das Bild ist, daß man von einem solchen Nebenschienenstrang immer auf die ganze Schiene auffährt. Daher der Name Schiene.
Beispiel: Früher fand die erste Liebe fast immer im Heu statt. Oft kam es bei diesem ersten intimen Liebesakt zu Komplikationen oder kleinen Katastrophen. Wenn diese Katastrophe

ein DHS war, dann ging meist der Geruch des Heus als "Schiene" in den Konfliktkomplex mit ein. Jedesmal, wenn der Betroffene später den Heugeruch in die Nase bekam, selbst ohne daran zu denken, kam er wieder auf die "Schiene". Meist hatte der Betreffende einen biologischen Konflikt des "Mir-stinkt-das" beim ersten Mal erlitten. Bei den Rezidiven, die wir als Allergie bezeichnen, die wir mit unseren Pflästerchen austesten können, bekam der Patient dann in der pcl-Phase regelmäßig seinen "Heuschnupfen". Diesen Heuschnupfen (ohne Heu) hätte der Patient natürlich in der pcl-Phase genauso bekommen können, wenn er z.B. mit der gleichen oder einer anderen Frau in gleicher Weise wieder eine vergleichbare Katastrophe beim Intimverkehr erlitten hätte.
Es handelt sich hier um ein sehr gutes, sehr aufmerksames Warnsystem des Organismus.

Schießscheiben-Konfiguration des HAMERschen HERDES im Gehirn, Schießscheibenkonfiguration des Organherdes:
Vom Moment des DHS an sehen wir im CT des Gehirns in dem zum Konflikt und zum Organ zugehörigen Relais die scharfringige Schießscheiben-Konfiguration. Die gleiche Schießscheiben-Konfiguration sehen wir ebenfalls vom DHS an auf unserem CT, entweder solitär oder multipel, in dem zugehörigen Organ, sofern es sich um ein kompaktes Organ handelt. Während wir aber die Schießscheiben-Konfiguration im HAMERschen HERD des Gehirns während der gesamten Dauer der Konfliktaktivität konstant sehen können, ist die Schießscheiben-Konfiguration mit fortschreitendem kompaktem Tumor (Leber, Pankreas, Lunge) schwieriger zu sehen oder gar nicht mehr. Bei den Organen, die Nekrosen machen (Knochen, Nieren, Milz, Lymphknoten, Ovar und Hoden), ist sie nach kurzer Zeit auch nicht mehr zu sehen, da es ja dann eine Art Hohlraum ist, der mit Flüssigkeit gefüllt ist. Nach der pcl-Phase können wir allerdings im Knochen oftmals wieder die callös-"eingefrorenen" Schießscheiben-Konfigurationen erkennen.
Im Gehirn zeigt der HAMERsche HERD in der pcl-Phase die typische Oedematisierung der Schießscheibenringe, der gesamte HAMERsche HERD quillt auf. Die nachfolgende Einlagerung von Glia-Zellen, die den HAMERSchen HERD später mit Kontrastmittel weiß erscheinen lassen, verläuft anscheinend entlang der Schießscheibenringe, wie man an vielen Beispielen deutlich erkennen kann.

Schizophrene Konstellation:
Wir unterscheiden eine schizophrene Kleinhirn-Konstellation und eine schizophrene corticale Großhirn-Konstellation. Die schizophrene Kleinhirnkonstellation folgt dabei einer ganz bestimmten consecutio conflictuum; d.h. z.B.: Nur wenn eine Frau und Mutter einen Mutter-Kind-Sorge- oder -Streit-Konflikt und zusätzlich einen Partner-Sorge- oder -Streit-Konflikt erleidet, ist sie für die Dauer der doppelten Aktivität in schizophrener Konstellation des Kleinhirns. Dies drückt sich überwiegend im Emotionalen aus: "Ich bin wie ausgebrannt", "Ich spüre überhaupt keine menschlichen Regungen mehr". Die Patienten sind emotional paranoid, ohne daß das formallogische Denken gestört ist.
Es können im Kleinhirn mehrere Konflikte auf der gleichen Hemisphäre einschlagen. Dann gibt es zwar mehrere aktive Konflikte aber keine schizophrene Konstellation. Selbst beim Großhirnmarklager können mehrere Konflikte hintereinander auf der

gleichen Seite einschlagen, wenn sie vom Konfliktinhalt eben dorthin gehören.
Dies aber ist im cortikalen Großhirnbereich ganz anders bis auf die Ausnahme des ductalen Mamma-Ca, das streng an das Kleinhirn angekoppelt zu sein scheint (also macht z.B. ein Partner-Trennungs-Konflikt bei der Rechtshänderin ein ductales Ulcus-Ca der rechten Brust und schlägt auch dann auf der rechten Hirnseite ein, wenn diese eigentlich schon durch beispielsweise einen Identitäts-Konflikt blockiert sein müßte.)
Im Großhirn finden wir eine andere consecutio conflictuum, d.h. die Aufeinanderfolge der corticalen Großhirn-Konflikte folgt auch hier einer bestimmten Regel:
Ist z.B. ein Revier-Konflikt bei einem rechtshändigen Mann im rechten periinsulären Relais - zuständig für die Koronararterien - eingeschlagen, so ist die rechte corticale Großhirnhemisphäre wir sagen "zugeschlossen", d.h. zunächst für einen zweiten aktiven biologischen Konflikt gesperrt. Das bedeutet, daß der nächste corticale Konflikt - und nur um solche geht es - auf der linken Seite einschlägt. Das nennen wir dann eine schizophrene Großhirn-Konstellation. (s. Abschnitt über die sog. Geistes- und Gemütskrankheiten).

Sympathicotonie:
Erste Phase des Krankheitsgeschehens oder des biologischen Sonderprogramms. Im Sinne von Dauer-Sympathicotonie ist es das Gleiche wie die ca-Phase. Als Innervation: dauerhafte Verschiebung des vegetativen Gleichgewichts in Richtung des N. sympathicus (Grenzstrang des Sympathicus). Symptome: Mydriasis, Tachycardie, Hyperhidrosis, Hypoacidität des Magens, paralytische Darmlähmung etc..Man faßte dies früher allgemein als vegetative Störung auf (vegetative Labilität). Die Fakten waren richtig aber das Verständnis der Ursachen fehlte.

Vagotonie:
Vegetative Innervation des Parasympathicus, auch Parasympathicotonie. Im Sinne von Dauervagotonie ist es das Gleiche, wie die pcl-Phase. Der Nervus vagus gilt als eigener Hirnnerv, der mehrere Anteile hat, einen Nucleus dorsalis, einen Nervus ambiguus und einen Nervus tractus solitarii. Vagotonie (nach Eppinger, Haas 1910): Dauerhafte Verschiebung des vegetativen Gleichgewichts im Sinne einer erhöhten Erregbarkeit oder eines Überwiegens des parasympathischen Systems. Man faßte dies früher allgemein überwiegend als konstitutionelle vegetative Labilität auf. Symptome: Hypotonie, Bradycardie, Miosis, Magenhyperacidität, Darmkoliken, vermehrte Speichelsekretion. Daß, was wir heute in der NEUEN MEDIZIN pcl-Pase nennen, hatte man natürlich früher auch schon beobachtet, hatte es nur nicht verstehen können und es deshalb als "vegetative Labilität" oder "Dystonie" fehlinterpretiert. Das Faktum war und ist unstrittig, die Bewertung des Faktums war falsch.

Zweitkonflikte:
Unter Zweitkonflikt versteht man, daß ein Mensch bei der Diagnose (iatrogen) eine Panik gesetzt bekommt und dabei ein DHS mit einem neuen biologischen Konflikt erleidet. Früher nannten wir diese neuen Karzinome in völliger Unwissenheit "Metastasen". Wenn man bei hundert Dackelhündinnen mit Gesäuge-Ca ein CT von der Lunge macht und auch bei hundert Menschenfrauen mit Mamma-Ca ebenfalls, dann findet man bei beiden Kon-

tingenten am Tag der Diagnose keine Lungenrundherde. Zwei Monate später findet man bei den Menschenfrauen, je nach Brutalität der Diagnose, bei sehr vielen Lungenrundherd-Adeno-Karzinome. Bei den Hündinnen dagegen findet man solche Lungenrundherde in keinem einzigen Fall. Diese konnte ja zum Glück die Diagnose nicht verstehen und hatten dadurch keine Panik, sprich: Kein Zweitkarzinom erlitten. Es ist bei Tieren eine allgemein bekannte Tatsache, daß sie nur sehr selten einen Zweitkrebs bzw. Metastasen bekommen.

Kapitel VII

Die Erkrankungen des Inneren Keimblatts (Entoderm)

In den Lehrbüchern der Zukunft wird man die Krankheiten nicht nach Fachbereichen bisheriger Art ordnen, sondern nach Keimblattzugehörigkeit. Diese Ordnung ist die biologisch-natürliche Ordnung der sog. Erkrankungen oder Sonderprogramme der Natur. Ordnet man sie so, wie das in unserer Tabelle aufgeführt ist, dann stellt man fest, daß die Krankheiten oder Sonderprogramme mit gleicher Keimblattzugehörigkeit - beim mittleren Keimblatt noch unterschieden zwischen Kleinhirn-gesteuerter und Großhirnmarklager-gesteuerter Mesoderm- Zugehörigkeit - auch noch andere Eigenschaften, Besonderheiten, besondere histologische Gleichartigkeiten, benachbarte Lokalisationen im Gehirn und Konfliktähnlichkeit aufweisen, die sich alle ganz offensichtlich nach dieser Keimblattzugehörigkeit wie von alleine ordnen.

Fangen wir bei den Erkrankungen oder Sonderprogrammen, die dem inneren Keimblatt oder Entoderm zugehörig sind, an:
Wir sehen, daß sie alle vom Stammhirn gesteuert sind, und wir sehen, daß sie auch dort eine geordnete Lokalisation haben, denn sie beginnen im Stammhirn rechts dorsal mit den Erkrankungen des Mundes und des Nasenrachenraums und ordnen sich dann entgegen dem Uhrzeigersinn und entsprechend dem Magen-Darmtrakt und enden mit dem Sigma- und Blasenkarzinom im Stammhirn links dorsal. Das heißt also, daß zwischen der Anordnung der Hirnrelais und den Organen des Magen-Darmtraktes samt Anhangsorganen eine sehr einsichtige Ordnung besteht.

Wir sehen, daß die zugehörigen Konflikte ähnlich sind, d.h. es geht immer darum, den Brocken zu bekommen, den Brocken hinunterzuschlucken, den Brocken weiterzutransportieren, zu verdauen und schließlich wieder ausscheiden zu können.

Histologisch sind alle Karzinome Adeno-Karzinome und zwar ohne Ausnahme. Selbstverständlich wachsen sie deshalb samt und sonders in der konfliktaktiven Phase mit Zellvermehrung und werden abgebaut in der Heilungsphase und zwar alle durch Pilze oder Pilzbakterien.

Diese Ordnung auf allen drei Ebenen und auch auf histologischem Gebiet ist für uns sofort wieder eine diagnostische Hilfe insofern, als wir in Zukunft keine Probeexzisionen zu entnehmen brauchen, höchstens noch im Ausnahmefällen, wenn uns die topographische Zuordnung des Tumors nicht klar sein sollte.

Durch die von der NEUEN MEDIZIN gewonnenen Kenntnisse über den spontanen natürlichen Abbau all' dieser Karzinome in der Heilungsphase, erübrigt sich auch bei fast allen Karzinomen ein chirurgischer Eingriff, sofern es zu einer Konfliktlösung kommt und sofern der Patient Pilze oder Pilzbakterien, sprich Tuberkulose - säurefeste Stäbchen hat. Die Diagnostik und die gesamte Therapie wird sich gründlich ändern. Nichts stimmt mehr, was früher scheinbar gestimmt hat, obwohl die Fakten nach wie vor die gleichen sind. Aber durch das Verständnis der sinnvollen neuen Verknüpfung dieser Fakten kommen wir nunmehr zu vollständig neuen Ergebnissen. Die derzeit bei uns bestehende quasi höchstgerichtliche Entscheidung eines Histopathologen auf Gut- und Bösartigkeit erübrigt sich völlig. Jetzt endlich beginnen wir uns auf biologisch-naturwissenschaftlich gesichertem Boden zu bewegen.

Was die psychische Seite der biologischen Konflikte anbelangt, so brauchen wir auch hier keine Psychologen, die rein intellektuell gebildet sind und keine Phantasie besitzen, um sich auf diese archaischen Konflikte einstellen zu können. Um sie zu verstehen, muß man sie samt der Organmanifestation entwicklungsgeschichtlich zurückverfolgen können. Wenn also ein Patient, der geglaubt hatte, einen Lottogewinn zu haben, ihn plötzlich doch nicht bekommt, dann muß man sich eben vorstellen können, daß dieser Lottogewinn quasi ein Brocken ist, den der Pat. schon in den Mund genommen hatte, dann aber nicht hinunterschlucken konnte und dadurch an einem Gaumen-Adeno-Karzinom erkrankt ist. Selbstverständlich würde ein Tier ein solches Gaumenkarzinom nur bei einem wirklichen Brocken erleiden können. Aber es gehört gar nicht so viel Phantasie dazu, sich eben diesen Lottogewinn als Brocken vorzustellen, was ja der Mensch auch tut.

Auch im weiteren Verlauf einer psychisch-therapeutischen Begleitung eines solchen Patienten muß man sich vergegenwärtigen, daß immer diese alten, wir können auch sagen archaischen, Verlaufsmuster Bedeutung haben, die wir nur bei genauer Kenntnis der Entwicklungsgeschichte verstehen können.

Wenn man z.B. einem Patienten sagt, er habe ein Darmkarzinom, das man operieren müsse, dann erleidet er gewöhnlich zwei neue Konflikte:

1. Eine mentale Attacke gegen den Bauch, der ja aufgeschnitten werden soll. Ein solcher biologischer Konflikt verursacht ein Peritonealkarzinom, das wir noch unter der mesodermalen Keimblattzugehörigkeit behandeln werden. Dieses Peritoneal-Karzinom wächst in der konfliktaktiven Phase.

2. Erleidet der Patient ein solitäres Leberkarzinom und zwar stets rechts dorsal. Es drückt die biologisch-archaische Angst aus, daß keine Speise mehr durch den Darm hindurchgehen wird, weil da angeblich ein Karzinom sitzt. Das heißt, der Patient hat regelrecht eine archaische Angst zu verhungern oder einen Ileus zu bekommen und zu verhungern, weil er sich vorstellt, die Speise könne nicht mehr hindurchgehen.

Vergeht vom Zeitpunkt der Diagnose bis zum Zeitpunkt der heute ja noch üblichen Operation eine Zeit von 3-4 Wochen, findet der Chirurg gewöhnlich sog. stippchenförmige Metastasen auf dem Peritoneum und, sofern er noch kurz vor oder nach der Operation ein Tomogramm der Leber anfertigen läßt, diesen besagten solitären Leberrundherd rechts dorsal. Müßig zu sagen, daß ein solcher Patient dann gewöhnlich als inoperabel, inkurabel, sprich aufgegebener Fall galt, während wir jetzt ganz systematisch und biologisch folgerichtig nachvollziehen können, daß der Patient iatrogen, sprich durch die Diagnose und Operationsankündigung die biologischen Folgekonflikte und Erkrankungen erlitten hat. Müßig auch zu beschreiben, daß der Chirurg nun vielleicht aus Unkenntnis der Zusammenhänge diesen solitären Leberrundherd noch mit herausoperiert und so viel als möglich von den "Peritoneal-Metastasen" wegkratzt, wie es derzeit häufig der Fall ist. Müßig auch zu erwähnen, daß der Patient dann nach der Operation meint, jetzt sei er von seinem Übel befreit und als Zeichen der Konfliktlösung seines Bauch-Attacke-Konfliktes nunmehr den Aszites als Zeichen der Heilung bekommt, was wiederum derzeit der Operateur und Onkologe gemeinsam als Anfang vom Ende ansehen, weil sie beide nicht um die biologischen Zusammenhänge wissen.

In der NEUEN MEDIZIN würde man einen Patienten selbstver-

ständlich sehr sorgfältig klinisch, psychisch und cerebral untersuchen. Man würde mit weit geringerem Aufwand die gleiche Diagnose stellen, würde sie dem Patienten aber sehr schonend beibringen und ihm gleichzeitig erklären, daß das "kein Beinbruch" ist.

Sofern der Konflikt noch nicht gelöst ist, würde man mit dem Patienten zusammen eine Lösungsmöglichkeit suchen und danach die Spontanheilung durch säurefeste Stäbchen dieses Darmkarzinoms abwarten. Dabei würde der Patient weder ein Peritoneal- noch Leberkarzinom bekommen. Die Prognose wäre - von ganz wenigen Fällen abgesehen, bei denen wirklich ein Ileus droht, und wo man selbstverständlich prophylaktisch operieren würde, fast immer relativ sehr gut, da nur dieses eine Karzinom und keine weiteren Komplikationen hinzutreten müßten.

So verläuft es ja auch beim Tier, das quasi nie sog. "Metastasen" bekommen hat, was unseren Medizinern oder Onkologen aber nie irgendwie zu denken gegeben hat. Der Patient macht gewöhnlich begeistert mit, registriert seinen Nachtschweiß (=Darmtuberkulose), er achtet selbst darauf, daß er eiweißreich ißt, um den Eiweißverlust aufzufangen, und der Patient lernt auch, mit solchen Konflikten in Zukunft von Anfang an anders umzugehen. Es erübrigt sich zu erwähnen, daß auf diese Weise ein Großteil chirurgischer Eingriffe, die ja heute zu über der Hälfte Krebsoperationen darstellen, wegfallen werden.

Kommentierung und Erklärung der vom Stammhirn gesteuerten Konflikte und Tumoren (gelbe Spalte, Entoderm)

Bei den archaischen ältesten Konflikten unseres Organismus geht es immer um den "Brocken" den "Hör-Brocken" (Informationsbrocken), den "Luft-Brocken" (Atembrocken), den "Nahrungs-Brocken", das Verdauen des Brockens, die Ausscheidung des Brockens, oder das Festhalten des "Wasser-Brockens" beim Flüchtlings-oder Existenzkonflikt, wenn der "Fisch" auf's Trockene geworfen ist.

Als diese uralten archaischen Konfliktinhalte in unser Stammhirn einprogrammiert wurden, hatten unsere entwicklungsgeschichtlichen "Vorfahren" die Form eines ringförmig geschlossenen Schlauches mit einer Öffnung, die zugleich als Aufnahmeschlund und After diente. Die Peristaltik, die ebenfalls vom Stammhirn (Mittelhirn) gesteuert wird, sorgte dann für den Einbahnverkehr.

Wir finden diese Ringfom im Stammhirn wieder, denn auch dort sind die Stammhirn-gesteuerten Organe mit ihren Relais, die im Falle eines DHS zu HAMERschen HERDEN werden ringförmig angeordnet:

Schnitt im CCT

ventral: Stammhirn dorsal: Kleinhirn

linkes Nierensammelrohr-Relais
rechtes Nierensammelrohr-Relais
Dünndarm-Relais
Dickdarm-Relais
Pankreas-Relais
Leber-Relais
Sigma-Relais
Uterus- u. Prostata-Relais
Magen-Relais
Alveolen-Relais
Blasen- u. Tuben-Relais
Mund-Relais
Kleinhirnschnitt

Kommentierung und Erklärung der biologischen Konflikte des Stammhirns:

Konflikt des Eine-wichtige-Information-nicht-zu-fassen gekriegt-habens

Adenokarzinom des Mittelohrs
Der Organismus baut nach dem DHS keinen knolligen Tumor, sondern flachrasig vermehrte Zylinderzellen, um beim nächsten Mal die wichtige Information mitzukriegen.
HH: sog. Akustikusneurinom
biologischer Sinn: ca-Phase
pcl-Phase: Otitis media

Konflikt des Den-Brocken-nicht-hinunterschlucken-Könnens

Adenokarzinom des Gaumens
Der Organismus entwickelt nach dem DHS hochspezialisierte, Verdauungssaft produzierende Adeno-Ca-Zellen, die den zu großen Brocken abbauen, so daß er hinuntergeschluckt werden kann, denn den Brocken sich einverleiben zu

können oder nicht, bedeutet Leben oder Tod.
biologischer Sinn: ca-Phase
pcl-Phase: Mit Pilzen oder Tbc Verkäsung und Abräumen der nicht mehr notwendigen Spezialzellen.

Archaische Todesangst, keine Luft mehr zu bekommen. (Die Luft ist der "Brocken")

Adeno-Ca der Alveolen der Lunge
Nach dem DHS baut der Organismus vermehrt Spezial-Alveolarzellen, um den Gasaustausch in den Alveolen zu verbessern.
Große Rundherde in der Lunge bedeuten, daß der Todesangstkonflikt unphysiologischerweise zu lange gedauert hat. Der Organismus hat zu viel des Guten produziert.
biologischer Sinn: ca-Phase
pcl-Phase: Verkäsung mit Mykobakterien, Lungen-Tbc.

Konflikt des Den-zu-großen-Brocken-nicht-verdauen-könnens, "Unverdaulicher Ärger"

Dünndarm- oder Dickdarm-Adeno-Ca
Nach dem DHS stellt der Organismus vermehrt Darmzottenzellen her, die wiederum vermehrt Verdauungssaft produzieren und den Brocken "abdauen", d.h. kleiner machen, so daß er schließlich passieren kann. Danach erfolgt Konfliktlösung und die neugewachsenen und nunmehr überflüssigen Darmzellen, die wir "Tumor" genannt hatten, werden verkäst und unter Nachtschweiß und subfebriler Temperatur ausgeschieden, was wir Darmtuberkulose nannten und auch noch nennen, aber früher nicht als Heilungsphase nach einem Darm-Ca erkannt hatten.
biologischer Sinn: ca-Phase
pcl-Phase: Verkäsung mit Mykobakterien, Darm-Tbc.

Kapitel VIII

Die Krankheiten des Mittleren Keimblatts (Mesoderm)

Die zum Mesoderm zählenden Organe - wohlgemerkt alles entwicklungsgeschichtlich genauestens belegt - müssen wir einteilen in zwei große Gruppen:

Die eine Gruppe gehört zum Althirn, das sind die Organe, die von den Kleinhirnrelais gesteuert werden: wie Coriumhaut, Pericard, Pleura und Peritoneum. Und die Gruppe der Organe, die vom Großhirnmarklager gesteuert werden und zum Großhirn gehören.

Vom ontogenetischen System der Tumoren und Krebsäquivalente wissen wir schon, daß alle vom Althirn gesteuerten Organe in der konfliktaktiven Phase Zellvermehrung machen, während alle vom Großhirn gesteuerten Organe Zellverminderung, also Nekrosen, Ulcera, Löcher und dergl. in der konfliktaktiven Phase machen.

Die Gliazellen, die wir im Gehirn finden und in den Schwannschen Scheiden der Nervenhüllsubstanz, können sowohl Zellvermehrung in der konfliktaktiven Phase (wie beim Neurofibrom), als auch Zellvermehrung in der Heilungsphase machen - bei der Reparatur des HAMERschen HERDES im Gehirn. Entsprechend dem ontogenetisch bedingten System der Mikroben können die zum Mesoderm gehörigen Bakterien sowohl im mesodermalen Kleinhirn-gesteuerten Organbereich arbeiten, wo sie Zellverminderung machen bzw. beim Abbau von Tumoren hilfsweise mitarbeiten, und gleichzeitig können sie bei den Organen, die vom Großhirnmarklager gesteuert sind, wie z.B. im Knochen, bei der Osteomyelitis nicht nur Knochen abbauen sondern auch neuen Knochen aufbauen helfen.

Nach meinen Erkenntnissen verläuft eine bakterielle, offene Fraktur mit rascherer Heilung als eine geschlossene Fraktur. Das machen sich inzwischen die Unfallchirurgen zunutze, die diese Erkenntnis anscheinend auch schon haben und öffnen den Knochen durch Nagelung absichtlich.

Die mesodermalen Althirn-gesteuerten Organe: wie Corium, Pericard, Pleura und Peritoneum, verhalten sich im Prinzip wie die Organe des inneren Keimblatts, jedoch wachsen die Tumoren teils knollenförmig, z.B. im Peritoneum, wenn der Patient an einer einzigen Stelle einen Tritt gegen den Bauch bekommen und damit eine Attacke gegen den Bauch als biologischen Konflikt erlitten hat. Andererseits können die Tumoren auch rasenförmig wachsen, wenn der Patient ganz allgemein eine Attacke gegen den Bauch empfunden hat.

Wichtig ist zu wissen, daß alle diese Kleinhirn-gesteuerten Tumoren in der Heilungsphase Flüssigkeit bilden, beim tuberkulösen Abbau, als auch ohne Tuberkulose und folglich ohne Abbau: nämlich Aszites. Dieser hat den Sinn, daß der Darm schwimmt und in der pcl-Phase nicht verwachsen kann. Beim Pericard nennen wir das Pericarderguß, bei der Pleura nennen wir das Pleuraerguß, beim Peritoneum nennen wir das Aszites. Bei der Hauttuberkulose haben wir scheinbar eine Art Wasserkissen unter der Haut, d.h. das tuberkulöse Exudat der Coriumzellen.

Besondere Aufmerksamkeit erfordern von uns die mesodermalen vom Großhirnmarklager gesteuerten Organe. Und hier ist es wieder besonders die Heilungsphase, die bisher völlig fehlgedeutet wurde und nunmehr, selbst wenn sie richtig gedeutet wird,

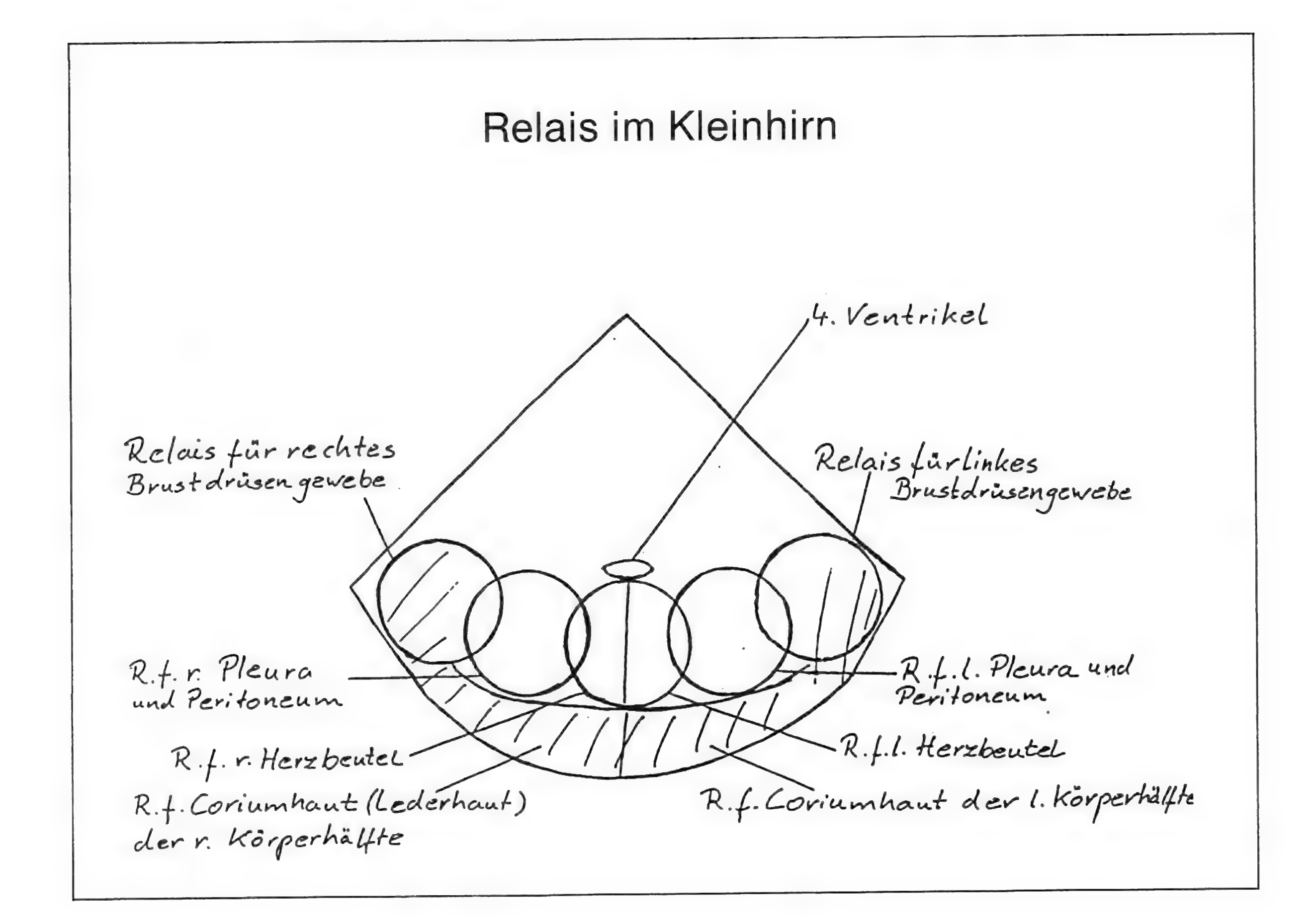
Schwierigkeiten bereiten kann.

Kürzlich rief ich bei 3 Universitätskliniken an und stellte fest, daß es dort keinen einzigen Fall mit akutem Gelenkrheumatismus gab. Ich machte mir Gedanken, ob es einen Unterschied gäbe zwischen akutem Gelenkrheumatismus des Knies und einem Osteosarkom des Knies. Es verhielt sich anscheinend folgendermaßen: Alle Patienten, bei denen wir früher akuten Gelenkrheumatismus z.B des Knies diagnostiziert hatten, lagen jetzt auf der Onkologie und wurden auf Osteosarkom behandelt. Die Mortalität bei akutem Gelenkrheumatismus war quasi gleich null. Die Mortalität bei Osteosarkom des Knies liegt sehr, sehr hoch. Daß beides ein und dasselbe ist, hatten wir bisher nur nicht verstanden, weil wir den Unterschied zwischen einer Fraktur und einer biologisch-konfliktbedingten Osteolyse des Knochens in der Heilungsphase nicht verstehen konnten. Eine in Knienähe auftretende Osteolyse des Knochens bei einem Selbstwerteinbruch auf sportlicher Ebene wird in der Heilungsphase ein Oedem nach den Regeln der Physik in Richtung des geringsten Widerstandes, sprich in Richtung Kniegelenk ablassen. Der Widerstand, das Oedem durch den Knorpel ins Kniegelenk diffundieren zu lassen, ist geringer, als die harte Knochenhaut aufzudehnen. Beim akuten Gelenkrheumatismus hatten wir früher wegen mangelhafter Untersuchung die gelenknahen Osteolysen übersehen. Wir hatten also die konfliktaktive Phase übersehen und hatten die Heilungsphase als eine eigene Krankheit fehlverstanden und sie akuten Gelenkrheumatismus genannt. Beim Knochenbruch ist der Mechanismus anders, jedenfalls bei uns Menschen. Beim Tier würde ein Knochenbruch sekundär auch fast immer zur Osteolyse führen, weil das Tier nun nicht mehr laufen kann und, sofern es ein Beutetier ist, den sicheren Tod vor Augen hat, sofern es aber ein Jäger ist, ebenfalls den Tod vor Augen hat, weil es nicht mehr die Beute jagen kann. D.h. für die Tiere entscheidet ein Beinbruch über Leben und Tod. Für uns Menschen ist das nicht so schlimm, die Fraktur wird sofort versorgt, genagelt, eingegipst oder dergl., und der Patient lebt in dem Bewußtsein, daß in ein paar Wochen alles wieder verheilt und ausgestanden ist.

Der Unterschied zur Osteolyse, die durch einen biologischen Selbstwerteinbruch-Konflikt ausgelöst ist und einer Fraktur, die ohne einen solchen biologischen Selbstwerteinbruch-Konflikt und wenn, dann nur mit einem von ganz kurzer Dauer erfolgt ist, ist der, daß im Falle der Heilungsphase der Osteolyse eine starke Knochenschwellung mit Anhebung oder Abhebung der Knochenhaut stattfindet, während bei der Fraktur eine Callusbildung ohne große Oedembildung erfolgt. Es sieht übrigens so aus, daß der Hauptsinn bei den biologischen Selbstwerteinbrüchen in der Heilungsphase liegt, nach deren Abschluß der Knochen kalkhaltiger und stärker ist, als er zuvor gewesen war. In der konfliktaktiven Phase läuft quasi die Uhr des TÜV, d.h. der Patient hat nur eine begrenzte Zeit seinen Konflikt zu lösen, ansonsten ist er, so grausam das klingt, "das Futter für den Löwen".

Auch bei den übrigen vom Großhirnmarklager gesteuerten mesodermalen Erkrankungen wie: Lymphknoten, Nierenparenchym, interstitielles Ovar- und Hodengewebe etc. liegt der Hauptsinn offenbar in der Heilungsphase. Bei der Niere produziert die indurierte Nierenzyste schließlich Urin und setzt so die Niere instand, besser Urin produzieren zu können als vor der Erkrankung. Diesen Mechanismus hatten wir schon erwähnt. Inzwi-

schen bestätigten mir dies schon einige Professoren (Urologen) der Schulmedizin, nachdem man meine Erkenntnisse nachuntersucht hatte. Diese Nierenzysten werden deshalb heute auch schon weniger häufig operiert. Beim Ovar und bei der interstitiellen Ovarnekrose (mit anschließender Ovarial- oder Hodenzyste), liegen die Verhältnisse ähnlich. Die indurierte ursprüngliche Ovarialzyste produziert später so viel Östrogen, daß die Frau 10-20 Jahre jünger aussieht, und das gleiche geschieht umgekehrt beim Mann, in dem der vergrößerte Hoden so viel Testosteron produziert, daß der Mann maskuliner wird als vorher.
Diese neue Sichtweise steht wohlgemerkt, ich möchte es nochmals betonen, im Einklang mit der Entwicklungsgeschichte, die ich nicht entdeckt habe, und sie steht gleichzeitig im Einklang mit allen Fakten, die wir bisher kannten. Nur müssen wir diese Fakten jetzt anders bewerten und anders miteinander verknüpfen. Ganz besonders z.B. dahingehend, daß man, wie mir ein Ordinarius für Pathologie in Süddeutschland ganz ehrlich erklärte, Calluszellen histologisch, mikroskopisch nicht ansehen kann, ob sie aus einer Fraktur stammen oder aus einem Osteosarkom oder akutem Gelenkrheumatismus. Für den Zusatz "bösartig" oder "gutartig" schaue er sich gewöhnlich das Röntgenbild an und wähle auf Grund des Röntgenbildes die Bezeichnung. Wir hatten in manchen Fällen bisher unsere Histopathologen überschätzt. So kann ich für eine Reihe von Fällen belegen, daß histologische Ergebnisse revidiert wurden, nachdem sie zur erneuten Befundung zurückgegeben worden waren.



Kommentierung und Erklärung der Konflikte und Tumoren der mesodermalen kleinhirngesteuerten Organe:

Konflikt des Sich-attackiert-oder-verletzt-oder-versehrt-Fühlens
z.B.: Als jemand gerade aus der Tür gehen will, sagt ein anderer im Streit: "Du Schwein!" Pat.: "Das traf mich wie ein Pfeil zwischen die Schulterblätter!"

Der Organismus baut in diesem Fall ein Melanom oder ein Mesotheliom (adenoides-Ca, Mitosen in der ca-Phase) zur Verstärkung, um sich nach dem DHS gegen den "Pfeil" und gegen weitere zu verteidigen = entwicklungsgeschichtlich archaische Art der Verteidigung, als unsere Vorfahren nur die Coriumhaut (Lederhaut) besaßen.
biologischer Sinn: ca-Phase
pcl-Phase: Verkäsung mithilfe von Tuberkelbakterien

Konflikt des Angriffs auf die Integrität des Leibesinneren
z.B.: Lehrherr tritt seinen weiblichen Lehrling in den Bauch

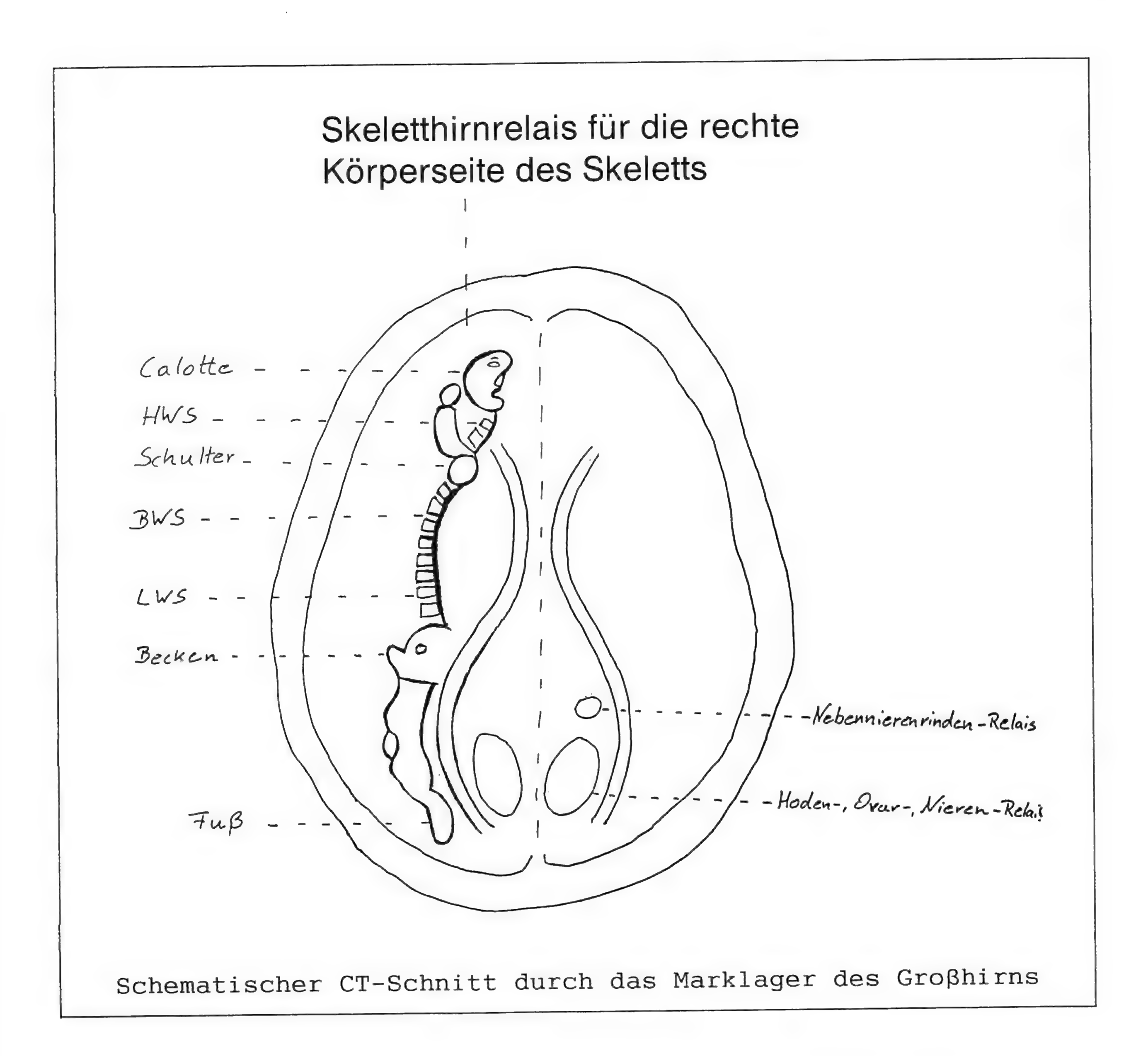
Genau an der Stelle der Verletzung (Tritt) wächst in der ca-Phase ein knolliges Mesotheliom des Bauchfells innwendig des Bauches.
biologischer Sinn: ca-Phase
pcl-Phase: Aszites

z.B.: Chirurg sagt: "Morgen müssen wir Ihre Lunge operieren!" Er zeigt dabei auf die rechte Seite des Röntgenbildes. Der Pat. empfindet eine mentale Attacke gegen den rechten Brustkorb als er sich vorstellt, wie man seinen Thorax aufsägt/-schneidet, obwohl sich der Tumor links befindet

Der Organismus versucht sich gegen die Attacke dadurch zu schützen, daß er innerlich am Brustfell eine Verstärkung baut = Mesotheliom.
In diesem Fall wächst ein Mesotheliom der rechten Pleura in der ca-Phase.
biologischer Sinn: ca-Phase
pcl-Phase: Pleura-Erguß

z.B.: Internist:"Ihr EKG ist nicht in Ordnung, am Herzen stimmt was nicht." Der Pat. erleidet ein DHS mit mentaler Attacke gegen das Herz. Er stellt sich z.B. eine Herzoperation mit Bypass (wie bei seinem Nachbarn) vor.

Der Organismus entwickelt als Schutz gegen die Attacke ein Pericard-Mesotheliom.
In der ca-Phase: Herzbeutel-Mesotheliom.
biologischer Sinn: ca-Phase
pcl-Phase: Herzbeutel-Erguß oder Herzbeuteltamponade = Herzinsuffizienz. Oft Anlaß für erneutes DHS (Pericard-Schiene)



Schematischer CT-Schnitt durch das Marklager des Großhirns

Kommentierung und Erklärung der Konflikte und Tumoren der mesodermalen Großhirn-Marklager-gesteuerten Organe:

Selbstwerteinbruch-Konflikt
a) generalisierter SWE
   infantil oder senil
b) spezieller SWE
   z.B. Mutter-Kind-SWE ("Ich war eine schlechte Mutter") oder Sportlichkeits-SWE

Knochen-Osteolysen jeweils an bestimmter Stelle des Skelettsystems (s.Tabelle)
mit Anämie einhergehend
beim Mutter-Kind-SWE:
Humeruskopf-Osteolyse links bei rechtshändiger Frau
Sportlichkeits-SWE: kniegelenksnahe Osteolyse, in der pcl-Phase Kniegelenkserguß
pcl-Phase: mit Leukämie einhergehend
biologischer Sinn: pcl-Phase, da hier unter Periost-Schmerzen (Osteosarkom) der Skeletteil nicht nur rekalzifiziert, sondern auch stärker

	als vorher wird
Wasser- oder Flüssigkeits-Konflikt	Nierenparenchym-Nekrose pcl-Phase: Nierenzyste **biologischer Sinn:** pcl-Phase, da die Niere durch die sich bildende Zyste, die induriert und Urin produziert, eine gößere Leistung als vorher vollbringen kann
Verlust-Konflikt oder häßlicher halbgenitaler Konflikt (z.B. sehr häßlicher Streit mit einem männlichen Wesen) bei der Frau	Ovarial-Nekrose pcl-Phase: Ovarial-Zyste **biologischer Sinn:** pcl-Phase, da die sich bildende Ovarialzyste, die induriert und zu einem Bestandteil des Ovars wird, weibliche Sexualhormone, inbesondere Östrogene produziert, so daß die Frau viele Jahre jünger aussieht und dadurch der Konflikt oder sogar die Ursache für den Konflikt leichter behoben werden kann (z.B. bei Verlust des Kindes wird es sicherer zu einer neuen Schwangerschaft kommen)
Verlust-Konflikt beim Mann	Hoden-Nekrose pcl-Phase: Hoden-Zyste, Vermehrung des interstitiellen, hormonproduzierenden Hodengewebes **biologischer Sinn:** pcl-Phase, wegen vermehrter Testosteron-Produktion und dadurch erhöhter Männlichkeit
Konflikt des In-die-falsche-Richtung-gelaufen-seins, des Auf-die-falsche-Bahn-geraten-seins	Nebennierenrinden-Nekrose **biologischer Sinn:** als Ausnahme sowohl in der ca-Phase als auch in der pcl-Phase ca-Phase: Durch die Nekrose wird die Cortison-Produktion vermindert und daher trotz Sympathicotonie der Lauf in die falsche Richtung abgestoppt. pcl-Phase: infolge nunmehriger Wiederauffüllung der Nekrose und gleichzeitiger Vergrößerung des NNR-Volumens und damit einhergehender stark vermehrter Cortisolbildung wird ein rascher Lauf (z.B. hinter der Herde her) in die richtige Richtung ermöglicht.

Blutungs- und Verletzungs-Konflikt

Der Begriff Blutungs- und Verletzungs-Konflikt ist rein biologisch zu verstehen: In der freien Wildbahn ist dieser Konflikt von allerhöchster Bedeutung, denn es geht hier immer um Tod und Leben: Blutungs- und Verletzungs-Konflikt bedeutet, daß ein Individuum verletzt oder sogar schwer verletzt ist. Es blutet! Dieser Konflikt ist daher ein biologischer Konflikt des Selbstwerteinbruches. Das gerissene, aber noch fluchtfähige Tier wartet nicht, bis der Blutverlust eine weitere Verteidigung unmöglich macht, sondern verläßt eilig den Kampfplatz. Dies scheint der psychische biologische Sinn des Konfliktes zu sein.
Für uns Menschen löst sich der biologische Blutungs- und Verletzungskonflikt auch dann schon aus, wenn wir z.B. hören, wir hätten einen "**Blut**-Krebs". Oder wenn wir dauernd Bluttransfusionen erhalten, können wir Rezidive erleiden, ja schließlich schon bei jedem "**Blut**-Bild".

Milz-Nekrose

ca-Phase: Durch die Nekrose können mehr Thrombozyten aus der Blutbahn weg in die Milz gesammelt bzw. eingelagert werden. Dadurch kann es in den Blutgefäßen nicht zu Thrombosen kommen. Die Thrombopenie ist daher eine sehr sinnvolle Notmaßnahme der Natur. Damit die Thrombozyten in der Milz besser Platz haben, resultiert eine vorübergehende Milznekrose.
pcl-Phase: Die Splenomegalie, die ja z.T. später bestehen bleibt, garantiert, daß beim nächsten Blutungs- und Verletzungs-Konflikt mehr Thrombozyten in der vergrößerten Milz Platz haben.
Sowohl die Milznekrose in der ca-Phase, als auch die Splenomegalie in der pcl-Phase haben einen biologischen Sinn: Der Blutungs- und Verletzungskonflikt ist m.W. einer der ganz wenigen, wenn nicht der einzige Konflikt (evtl. noch die Lymphknoten allgemein, denn die Milz ist ja nur ein spezieller Lymphknoten), bei dem der Organismus nahezu schon mit einem Rezidiv rechnet: Der **eigentliche biologische Sinn** ist daher vermutlich die Prävention für den Fall eines neuen Blutungs- und Verletzungs-Konflikts.

Kapitel IX

Die Erkrankungen des äußeren Keimblattes (Ektoderm)

Die sog. Erkrankungen, in Wirklichkeit Sonderprogramme der Natur, der zum äußeren Keimblatt gehörenden, von der Hirnrinde gesteuerten Organe sind einigermaßen homogen. Genaugenommen müssen wir sie aufteilen in die Krebs- und in die Krebsäquivalent-Erkrankungen, wobei das Wort Krebs auch nicht mehr richtig stimmt.

Ähnlich wie in den vom Großhirnmarklager gesteuerten mesodermalen Organen, die in der konfliktaktiven Phase Löcher, Nekrosen, Osteolysen, Lymphknotennekrosen, Ovarialnekrosen, Nierennekrosen etc. machen, entwickeln alle Plattenepithelhäute und -schleimhäute in der konfliktaktiven Phase Ulcera, also auch Gewebsschwund. In der konfliktgelösten Phase wird dieser Gewebsschwund, dieses Ulcus, wieder aufgebaut mit neuen Zellen, was unter einer starken Schwellung vor sich geht.

Früher haben wir das nicht gewußt und haben nun diese Neubildung der Zellen, die das Ulcus wieder auffüllen sollen, für z.T. sehr bösartige Tumoren gehalten.

Daneben aber finden wir eine andere Gruppe von Organen, die wir Krebsäquivalente nennen, bei denen in der konfliktaktiven Phase nur eine Funktionseinbuße auftritt, z.B. beim Diabetes oder der Hypoglycämie, d.h. einer Störung der Beta- oder der Alpha-Inselzellen.

Bei solchen Organen sehen wir weder Zellvermehrung noch Zellschwund sondern "nur" eine Funktionseinbuße. Beim Insulom muß aber doch irgendetwas passieren, denn in der Heilungsphase schwillt das Insulom etwas an, ohne jedoch dort Zellvermehrung zu machen.

Bei dem Angst-im-Nacken-Konflikt, der seinen HH in der Sehrinde des Gehirns hat, haben wir auch gewisse Definitionsschwierigkeiten, wenn wir von Krebsäquivalent sprechen, denn die Neurologen erklären uns ja, daß die Stäbchen und Zäpfchen der Netzhaut im Grunde noch zum Gehirn gehören. Sicher ist auf jeden Fall, daß auf psychischer Ebene und cerebraler Ebene alle vier Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN exakt erfüllt sind.

Bei der anderen Art der Angst-im-Nacken vor dem Räuber, der von hinten droht und wo also der paramediane Teil der Sehrinde betroffen ist, da sehen wir in der konfliktaktiven Phase eine Trübung des Glaskörpers, die sich in der Heilungsphase wieder aufklärt.

Bei der Linse, die nichts mit der Sehrinde zu tun hat, sondern konfliktiv mit einem Trennungskonflikt zusammengeht, (wenn man jemanden aus den Augen verliert), sehen wir (siehe Tabelle) in der konfliktaktiven Phase eine Nekrose. Dadurch sieht der Betroffene noch besser in die Ferne. In der Heilungsphase trübt sich die Linse vorübergehend ein, um sich wieder aufzufüllen, was wir dann als "Grauen Star" bezeichnen. Läuft dieser Konflikt nur einmal, klart sich die Linse wieder auf. Läuft er allerdings immer wieder, dann verstärkt sich die Trübung mehr und mehr.

Bei den motorischen Konflikten haben wir gewisse Definitionsschwierigkeiten, wie ja auch schon beim Glaskörper, denn bei den motorischen Konflikten sehen wir einerseits nur eine Funktionseinbuße, eben als motorische Lähmung. Daneben stellen wir

aber am Erfolgsorgan, dem Muskel, der ja zum mittleren Keimblatt gehört, einen sog. Muskelschwund oder Muskelatrophie fest. Nun könnte das theoretisch zwei mögliche Ursachen haben:

1. Dadurch, daß der Muskel nicht mehr innerviert wird, atrophiert er. So haben wir uns das bisher vorgestellt. Möglich wäre jedoch auch, daß es ein übergreifender Vorgang ist, der, das äußere Keimblatt betreffend, ein Krebsäquivalent ist, also nur eine Funktionseinbuße macht. Aber gleichzeitig gehört der Muskel zum mittleren Keimblatt und gehört zum vom Großhirnmarklager gesteuerten Typ, der Nekrosen in der konfliktaktiven Phase macht, sprich: Die Muskelfasern gehen zugrunde, was wir genauso Muskelatrophie nennen würden.

Wir sehen dieses übergreifende System auch bei der weiblichen Brust, wo sich die ductalen Ulcus-Karzinome der Milchgänge streng nach den vom Kleinhirn gesteuerten Brustdrüsen nach der linken und rechten Brust ausrichten. D.h. Mutter-Kind-Brust und Frau-Partner-Brust sind bei Trennung, Streit oder Sorge immer für ein und dieselbe Brust gegeben und haben als Ausnahme, daß sie auch im Großhirn streng konfliktbezogen reagieren und nicht der üblichen Konflikt-Reihenfolge unterworfen sind. Wir können deshalb die weibliche Brust als ein zwischen Kleinhirn und Großhirn gekoppeltes System ansehen, das immer streng konfliktbezogen bleibt. Also linke Brust bei der Rechtshänderin: Sowohl Sorge oder Streit mit dem Kind, als auch Trennungskonflikt vom Kind.

Deshalb wundern wir uns nicht, wenn wir auch ein übergreifendes System zwischen corticaler motorischer Lähmung, die wir dem äußeren Keimblatt zurechnen und bei der sog. Muskelatrophie finden, die wir dem mittleren Keimblatt, gesteuert vom Marklager des Großhirns, zurechnen müssen.

Diese Ankopplung, oder vielleicht können wir es auch ein komplexes Geschehen nennen, war ja der Grund zu der unkorrekten Diagnose "Multiple Sklerose", deren "Entmarkungsherde" oftmals die zugehörigen Muskelgruppen und zughörigen Skletteile betraf, die wir fälschlicherweise als Ursache der motorischen oder sensorischen Lähmungen angesehen hatten.

Es bleibt noch als Selbstverständlichkeit zu erwähnen, daß die ältesten Hirnteile natürlich die archaischen Konflikte und Konfliktinhalte beinhalten. Je höher wir in der phylogenetischen Evolution vorangeschritten sind, desto höher entwickelt und desto komplizierter wurden die Programme unseres Gehirns.

Die kompliziertesten sind die corticalen Programme unseres Großhirns. Deshalb baut sich auch die NEUE MEDIZIN mit ihren drei Ebenen Psyche, Gehirn und Organ folgerichtig quasi entwicklungsgeschichtlich auf:

Von den archaischen ältesten Programmen unseres Stammhirns, über die schon etwas komplizierteren Konfliktinhalte des Kleinhirns, über die schon erheblich komplizierteren Konfliktinhalte des Marklagers unseres Großhirns, bis hin zu den corticalen Konfliktinhalten, die eben von unserer Hirnrinde gesteuert werden. Denken und Fühlen tun wir mit allen Hirnteilen, aber die Hirnteile unterscheiden sich eben durch die Konfliktinhalte.

Die Konflikte des äußeren Keimblatts (Ektoderms) und der biologische Sinn dieser Sonderprogramme der Natur:

Im folgenden würde es zu weit führen, wollten wir die gesamte Tabelle nochmals rekapitulieren. Vielmehr soll an besonderen

Beispielen gezeigt werden, was denn für jede sog. Erkrankung eigentlich früher der biologische Sinn war und z.T heute auch noch ist. Unsere corticalen Konflikte beginnen mit dem 16./17. Tag unserer Embryonal-Ontogenese, mit der sog. dreikeimblättrigen Keimscheibe. In der Phylogenese begann vor vielen Millionen Jahren mit der Anlage des Großhirns eine neue Ära unserer Entwicklung.

Wir sehen entwicklungsgeschichtlich, was den jeweiligen biologischen Sinn der Sonderprogramme der Natur angeht, eine geradezu atemberaubend interessante Entwicklung:

1. Althirn-gesteuerte Konflikte und Organveränderungen des Entoderms und der Kleinhirn-gesteuerten mesodermalen Organe:
Biologischer Sinn: Eindeutig in der ca-Phase. In der pcl-Phase wird der nicht mehr benötigte Tumor sinnvollerweise durch Mikroben wieder abgeräumt.

2. Großhirn-Marklager-gesteuerte Konflikte und Organveränderungen der Großhinrmarklager-gesteuerten mesodermalen Organe:
Der biologische Sinn liegt eindeutig in der pcl-Phase, aber was die beiden Krankheitsphasen der "Lymphknoten-Organe" anbelangt, so haben beide ihren besonderen Sinn.

3. Großhirnrinden-gesteuerte Konflikte und Organveränderungen des Ektoderms:
Der biologische Sinn liegt hier - wie bei den Althirn-gesteuerten Organen - eindeutig in der ca-Phase. Dies aber wird erreicht mit der gegenteiligen Maßnahme wie bei den Althirn-gesteuerten Organen, die Mitosen und Zellvermehrung machen, hier werden Nekrosen oder Ulcera gebildet. Auch hier gilt es, den biologischen Sinn dieser biologischen Sonderprogramme zu erkennen. Es gibt allerdings auch hierbei Programme, bei denen in beiden Phasen ein spezieller biologischer Sinn gegeben ist, z.B. beim Trennungskonflikt. Nachfolgend einige Beispiele:

Der biologische Revierkonflikt:
Der Begriff bedeutet, daß das Individuum seinen Wirkungskreis (Revier) verloren hat, also z.B. der Hirsch sein Waldrevier, der Wolfsrudelchef sein Steppenrevier, der Mensch seinen Wirkungsbereich mit seiner Familie, Firma etc. Den gleichen Revierkonflikt kann man aber auch erleiden, wenn ein wesentlicher Bestandteil aus dem Revier wegläuft, also z.B. die Ehefrau, Tochter, Geliebte.
Ca-Phase: Mobilisierung aller Kräfte, um den früheren Status wieder herzustellen.
Pcl-Phase: Ausheilung der Folgen dieser gewaltigen Kraftanstrengung. Aber bei den corticalen Konflikten muß das Individuum den biologische "Test" in dieser Phase bestehen. Der ist in den älteren biologischen Konfiktprogrammen relativ viel leichter zu bestehen, bei den cortikalen Konflikten findet z.T. ein gnadenlose Auswahl statt. Die hochkomplizierten sozialen biologischen Systeme, um die sich diese Konflikte größtenteils drehen, funktionieren offenbar nur mit konsequenter Auswahl.

Biologischer Sinn des Konfliktes und der Organveränderungen:
Es gibt bei diesen Konflikten nicht nur einen einzigen biologischen Sinn. Mutter Natur benutzt das "Instrument" der biologischer Konflikte gleich für mehrere soziale Funktionen, wobei sowohl in dem einen Fall die Lösung angestrebt wird, im anderen Fall diese Lösung aber gerade nicht angestrebt wird. Die Sache

bleibt im Prinzip einfach, wird aber in der Realität des Einzelfalles sehr kompliziert. Sie wird nochmals komplizierter, wenn man das Phänomen der schizophrenen Konstellation mit- einbezieht, das wieder einen in jedem Einzelfall spezifischen gruppensozialen Sinn haben kann. Von der Therapie, die in solchen Fällen immer fragen muß: "Heilen - wovon ? Heilen - wozu?", wollen wir erst gar nicht sprechen.

Biologischer Sinn:

1. Möglichkeit des biologischen Sinns:

Ca-Phase: Die Ulcera in den Koronararterien, bzw. die innere Ausschälung der Plattenepithelschicht sorgen dafür, daß das Lumen der Koronararterien während der ca-Phase deutlich größer ist als normalerweise. Dadurch kann eine weit größere Menge Blut pro Minute hindurchfließen und hindurchgepumpt werden als vorher. Die Leistungsfähigkeit nicht nur des Herzens, sondern des ganzen Organismus ist deshalb während der ca-Phase stark erhöht. Das Individuum, das beim DHS auf dem falschen Fuß erwischt wurde, hat damit eine zweite Chance, seinen Rivalen zu besiegen.

In der Therapie gibt man den Patienten mit Revierkonflikt die ja, genau wie das Tier, in dieser ca-Phase Angina pectoris haben, Beruhigungsmittel, weil man durch Unkenntnis der biologischen Gesetze der NEUEN MEDIZIN der irrigen Meinung ist, den Streß beseitigen zu müssen.

Das ist im Grunde falsch: Wir greifen unerlaubterweise in der biologischen Sinn dieses Vorgangs ein und höhlen den biologischen Konflikt aus, statt dem Individuum zu helfen, den Konflikt im Sinne des biologischen Vorgangs selbst zu lösen.

Allerdings gibt es auch da sofort eine Einschränkung, wie wir im nachfolgenden Abschnitt sehen werden, denn wir dürfen - auch oder gerade im Sinne der Natur - nicht jeden Revierkonflikt lösen!

2. Möglichkeit:

Wird der Revierkonflikt - durchschnittliche Konfliktstärke vorausgesetzt - nicht innerhalb von neun Monaten gelöst, dann kann der Mensch den Konflikt nur noch um den Preis lösen, daß er drei bis sechs Wochen später am Herzinfarkt stirbt. Bei den Tieren sind natürlich die Zeiten entsprechend anders, aber im Prinzip funktioniert das bei ihnen genauso.

Die 2. Möglichkeit hat - so grausam das auch klingt - ihren biologischen Sinn darin, daß die Dauer der Chance, sein Revier zurückzuerobern, deutlich begrenzt ist. Wenn das Individuum, Mensch oder Tier, in einem bestimmten Zeitraum nicht in der Lage ist, sein Revier zurückzuerobern, nützt ihm selbst die Lösung des Konfliktes nichts mehr: Es stirbt an der Lösung.

3. Möglichkeit: Was passiert eigentlich, wenn der Konflikt überhaupt niemals gelöst werden kann?

Dabei gibt es wieder 2 Möglichkeiten:

a. Das Individuum kämpft und rennt mit voller Konfliktstärke immer wieder an, bis es endlich an Entkräftung stirbt oder von seinem Gegner zu Tode gebracht wird.

b. Das Individuum arrangiert sich mit seinem Konflikt (z.B.Zweitwolf!). Der Konflikt transformiert sich herunter, ist immer aktiv, aber nur leicht aktiv. Das Individuum hat ständig leichte angina pectoris, aber nur leicht, es kann damit leben. Wir nennen so etwas einen "hängenden Konflikt". Das Individuum kann das volle Alter erreichen, ist aber quasi zeitlebens

"cerebral kastriert".
Bei den Wölfen, so berichten uns die Verhaltensforscher, darf solch ein Zweitwolf den Schwanz nicht hoch tragen, darf das Bein zum Wasserlassen nicht heben und darf in Gegenwart des Chefs nicht knurren. Mit den Wölfinnen hat solch ein Zweitwolf nichts mehr zu tun, darf sie nicht begatten. Der Zweitwolf ist - auf den menschlichen Bereich übertragen - schwul. Aber gerade diese Möglichkeit hat Mutter Natur dazu erdacht, die soziale Struktur eines Rudels zu bilden. Diese Möglichkeit hat also auch ganz eindeutig ihren biologischen Sinn - eben unter diesen Bedingungen! Selbstverständlich kann solch ein Individuum nie mehr eine Chefposition einnehmen, denn dann würde es augenblicklich am Herzinfarkt sterben.

4. Möglichkeit:
Schizophrene Konstellation:
Das Individuum läuft "außer Konkurrenz" nämlich dann, wenn es zu dem Revierkonflikt rechts temporal im Gehirn noch einen zweiten corticalen Konflikt aktiv in der linken Großhirnhemisphäre erleidet. Einen Verrückten nimmt man nicht ernst, weder bei den Menschen, noch bei den Tieren, bei denen es diese schizophrene Konstellation in gleicher Weise gibt wie bei uns Menschen.

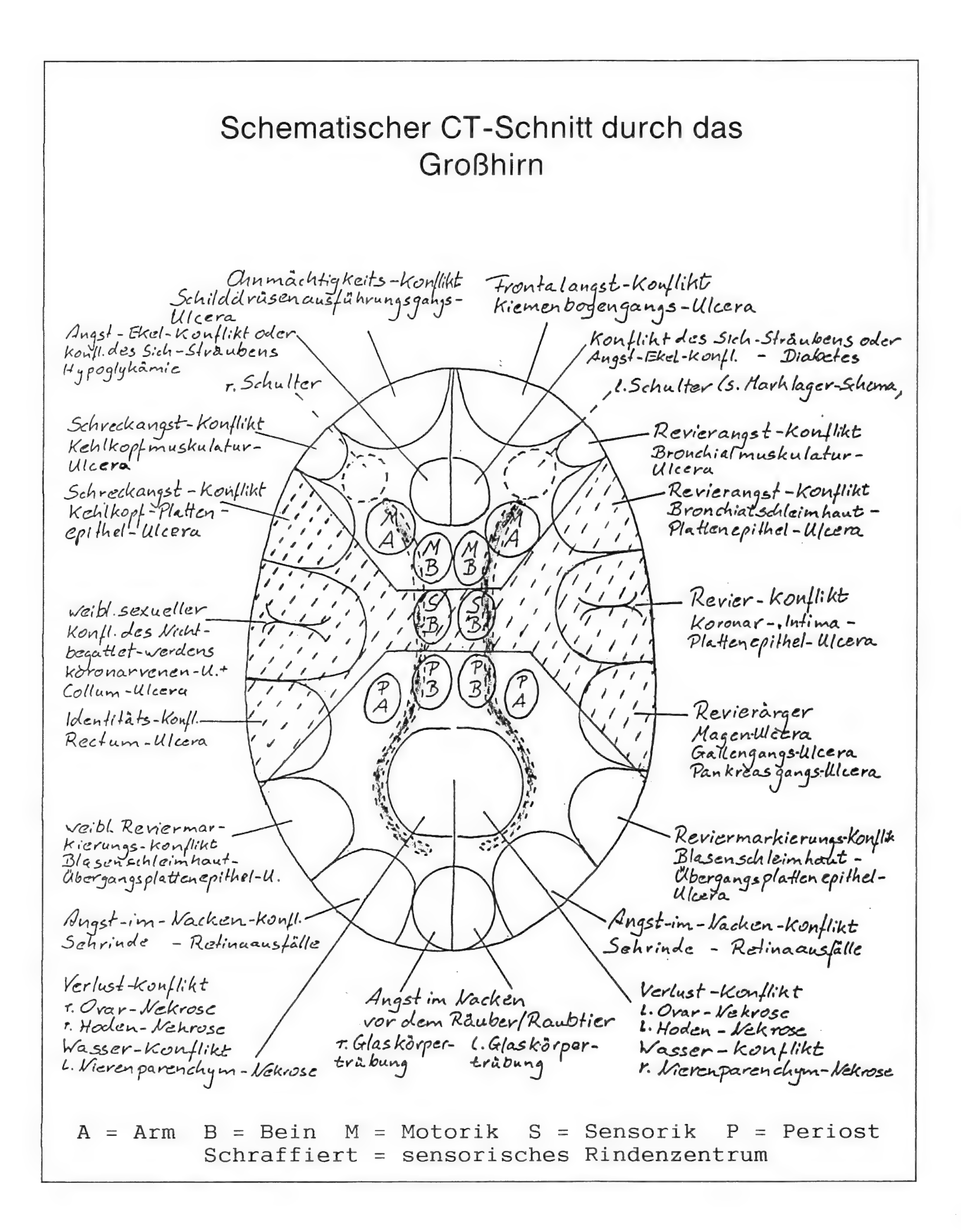
Solch ein Mensch oder Tier, ist "spinnert", ein Clown, der "Hofnarr" des Chefs - keine Konkurrenz für ihn. Aber auch das hat seinen besonderen biologischen Sinn:

Im Falle einer Katastrophe, wenn der Rudelchef z.B. von einem wilden Eber zerfleischt wurde und noch kein junger (cerebral nicht kastrierter) Wolf als Nachfolger zur Verfügung steht, ist dieses Exemplar in schizophrener Konstellation das einzige, das in der Lage ist, vorübergehend oder sogar auf Dauer das Rudel zu führen, denn durch die schizophrene Konstellation hatte es praktisch keine Konfliktmasse aufgebaut, so daß es nicht am Herzinfarkt zu sterben braucht, wie es bei den Zweitwölfen unvermeidlich wäre. Der Wolf in schizophrener Konstellation ist für das Rudel quasi der Luxus des Chef-"Ersatzreifens" für eine Zeit, wenn "Not am Mann" ist, im wahrsten Sinne des Wortes. Es würde in dieser Zusammenfassung der NEUEN MEDIZIN zu weit führen, wollten wir alle cortikalen Konflikte hinsichtlich ihres biologischen Sinns hier untersuchen.
Besprechen wir zwei weitere komplizierte Konflikte, an denen wir aber studieren können, was eine sog. Schiene ist.
Hör-Konflikt, Tinnitus:
"Ich traue meinen Ohren nicht, das kann doch wohl nicht wahr sein, was ich da gehört habe."
z.B.: Ein Patient fuhr im Herbst 1992 nachts auf der Autobahn von Brüssel nach Aachen. Um ca. 3 Uhr schlief er am Steuer ein. Er muß wohl einen halben oder einen Kilometer mit 120 kmh mit geschlossenen Augen gefahren sein. Dabei verlangsamte sich die Geschwindigkeit auf unter 100 kmh. Von dem veränderten Motorengeräusch wachte er auf, was sich jeder erfahrene Autofahrer vorstellen kann. Der Patient hatte ein DHS erlitten und schreckte auf mit einem Tinnitus auf dem linken Ohr. Das hat ihm vermutlich das Leben gerettet! Genauer gesagt hatte der Patient eine Doppelschiene, auf der der Tinnitus jetzt lief: In der Folgezeit bekam er immer dann einen Tinnitus, wenn er müde am Steuer saß und die Geschwindigkeit seines Wagens unter 120 kmh abfiel und wenn er morgens aufwachte. Der biologische Sinn des Geschehens ist eindeutig in der ca-Phase zu suchen. Er

liegt in der Warnfunktion: Paß auf, daß Du nicht einschläfst, paß auf, Du muß sofort aufwachen, die Geschwindigkeit des Wagens verringert sich! Später konnte der Patient den Tinnitus auch alleine dadurch bekommen, daß der Wagen. mit dem bestimmten Motorengeräusch seine Geschwindigkeit verringerte. Da es sich bei dem Patienten nur um kleinere Rezidive handelte, erlitt er immer in der pcl-Phase kleine Hörstürze, die weiter nicht tragisch waren.

Motorischer Konflikt des Nicht-entfliehen-könnens:
Der biologische Konflikt des Nicht-entfliehens-könnens hat psychologisch keinen erkennbaren Sinn, wohl aber biologisch:
Viele Raubtiere schlagen ihr Beutetier nur, wenn es wegläuft. Ein krankes Tier, das nicht wegläuft, ist dem Raubtier instinktiv suspekt. Das ist wiederum für das Beutetier eine Chance: Totstell-Reflex!
Ein Beispiel:
Unser Boxerrüde Basso jagte schon immer leidenschaftlich gerne Häschen im Park. Er hat noch nie eines gefangen, wahrscheinlich will er es auch nicht ernstlich, aber die Jagd selbst ist das Vergnügen. Eines Tages humpelte ein kleines, krankes Häschen über einen Parkweg. Basso raste los wie eine Rakete. Uns blieb vor Schreck das Herz stehen. Als Basso noch 5 Meter entfernt war, blieb das Häschen sitzen und bewegte sich nicht mehr. Basso machte eine Vollbremsung, unmittelbar vor dem Häschen kam er zum Stehen. Dies rührte sich immer noch nicht und - er beschnupperte es nur, dann trollte er sich. Als er weit genug weg war, erwachte das Häschen aus seiner Starre und hoppelte langsam weiter. Der "Totstellreflex", so berichten uns die Verhaltensforscher, ist ein sehr wichtiges Instrument vieler Beutetiere zum Überleben. Es ist sicher möglich, daß diese Konflikte zwar bei allen Tierrassen ähnlich verlaufen, wie auch beim Menschen, daß sie aber bei verschiedenen Rassen einen etwas voneinander abweichenden Sinn haben. So könnte der Konflikt der motorischen Lähmung eines Tiers z.B. bei einer Gnuherde auch dazu bestimmt sein, den Opfertod für die Herde dem Löwen anzuzeigen, um so der Herde einen möglichst großen Vorsprung zu geben, wenn der Löwe sich über das eine kranke Exemplar hermacht.
Grundsätzlich hat aber jede Muskelgruppe natürlich eine andere Funktion, und eine entsprechende Lähmung mit DHS muß insofern auch jeweils einen unterschiedlichen spezifischen biologischen Sinn haben.
Eine weitere Möglichkeit des biologischen Sinns könnte in der pcl-Phase zu suchen sein: Wir wissen von den Großhirn-Marklager- gesteuerten Organen (z.B. Knochen, Ovar, Hoden, Niere), daß sie nach abgelaufener Heilungsphase sogar ein Funktionsplus gegenüber vorher haben. So ist der Knochen nach der pcl-Phase stärker als vorher. Bei der motorischen Lähmung wird die zugehörige Muskulatur atrophiert, man kann auch sagen nekrotisiert. Mit unseren Computertomogrammen können wir das z.B. beim M. Psoas gut beobachten, daß dort eine richtige Nekrose entsteht, die niemand erklären kann. In der pcl-Phase könnte es nun zu einer reaktiven Hypertrophie des Muskels kommen, so daß er stärker ist als er vorher war. All dies müssen wir in Zukunft systematisch auf breiterer Basis untersuchen. Wir alle werden staunend vor den vielen Geheimnissen von Mutter Natur stehen. Eines ist sicher: Der biologische Sinn einer sog. Erkrankung, sprich, eines biologischen Sonderprogramms, ist ungeheuer wichtig, wenn nicht sogar eine der zentralen Säulen für das Ver-

ständnis der gesamten NEUEN MEDIZIN, die sich auf dem Boden der wissenschaftlichen Biologie sieht.



Kapitel X

Übersichtstabelle der NEUEN MEDIZIN auf dem neusten Stand mit Register

Register und Erklärung der medizinischen Terminologie zur beiliegenden Tabelle Psyche - Gehirn - Organ von Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Erklärung der Abkürzungen des Registers

g = gelbe Spalte
o = orange Spalte
o.r. = orange Spalte rechts
o.l. = orange Spalte links
r.r. = rote Spalte rechts
r.l. = rote Spalte links

Beispiel 1): o.r.b.8 = orange Spalte rechts, Teil b, Nr. 8 = Nebennierenrinden-Nekrosen-Ca

Beispiel 2): r.r.+l.9.A.b. = rot, rechte+linke Spalte, Nr. 9, Teil A, Abschnitt b

Achillessehnenriß o.r.+l.b.3
acinös = den Knoten betreffend
adenoid = knotenartig
˜ **e Vegetationen des hinteren Rachenraumes** g.1
Adhäsion = Verklebung
Adrenalin = Hormon des Nebennierenmarks r.r.+l.9.C.b
Akne vulgaris = Pickel o.r.+l.a.3
Akromegalie = übermäßiges Wachstum der Körperakren (Nase, Kinn, Hände, Füße)
Akustikus-Neurinom = Neurinom des Gehörnervenkerns r.r.+l.b.5
Akustikus-Relais = Gehör-Relais r.r.+l.b.5
Albuminurie = Auftreten von Albuminen (wasserlösliche Eiweiße) im Urin o.r.+l.C.1
Aldosteron = Nebennierenrindenhormon o.r.b.8, l.b.7
Alkalische Phosphatase = Enzym r.r.a.4.B
Allergische Rhinitis r.r.+l.11
Alopecia areata oder totalis = Haarausfall stellenweise oder total r.r.+l.9.A.b
alveolär = die Lungenbläschen betreffend g.13.A
Alveolar-Ca g.13.A
amelanotisch = ohne Melanin o.r.+l.a.1
˜ es Melanom = Lederhaut-Ca o.r.+l.a.1
˜ e Melanom-Tumoren o.r.+l.a.3
˜ e Tumoren o.r.+l.a.2
Amenorrhoe = Ausbleiben der Regel der Frau r.l.a.3, 4.A
Anämie = Blutarmut o.r.+l.b.4
˜ ,Pseudo- o.r.+l.b.4
Anästhesie = Störung der Hautempfindlichkeit r.r.+l.9.C.a.
Angina pectoris = Schmerzen im Herzbereich mit Angst und Beklemmung r.r.+l.a.2
anikterische Hepatitis = Leber-Gallengangs-Entzündung ohne Gelbfärbung der Haut oder der Skleren r.r.a.4.B

~ schmerzen r.r.+l.a.5
~ spasmen r.r.+l.a.5
~ ulcus-Ca r.r.+l.a.5
Blepharitis = Entzündung der Augenlidränder r.r.+l.9.A.c.
Blinddarm-Ca g.21
~ entzündung g.21
Blutzellen o.r.+l.b.4
~ chemische Parameter, Entgleisung r.r.+l.b.1
~ druck, erhöhter = Hypertonie o.r.+l.c.1
~ gefäße r.r.+l.a.3; o.r.b.9,10, l.b.8,9
~ spucken = haematemesis r.r.a.4.A
~ transfusion o.r.b.7
~ zuckerspiegel r.r.b.2
~ zuckerspiegel, zu hoch = Hyperglycämie r.r.b.2
~ zuckerspiegel, zu niedrig = Hypoglycämie r.l.b.2
Breischluckstenose r.r.+l.14
Bronchchial = die Lungenäste betreffend r.r.a.2
~ asthma r.r.a.2
~ -Ca r.r.a.2
Bronchien = Lungenäste r.r.a.2
Brust = Mamma o.r.+l.a.4; r.r.+l.9.B
~ entzündung o.r.+l.a.4
~ fell-Ca = Pleura-Ca o.r.+l.a.6
~ , Knoten in der o.r.+l.a.4
~ krebs o.r.+l.a.4; r.r.+l.9.B
~ , Schmerzen in der o.r.+l.a.4; r.r.+l.9.B
~ schwellung r.r.+l.9.B
Bulbus duodeni = Stelle, an der der Magen in den Zwölffingerdarm übergeht r.r.a.4.A
~ -duodeni-Ulcera r.r.a.4.A

Ca = Karzinom
Callus = Neubildung des Knochengewebes nach z.B. Beinbruch, wobei die beiden Bruchenden durch Bildung von Kalk zusammengefügt werden und neuer Knochen gebildet wird.
Chondro-Sarkom = Neubildung von Knorpelgewebe o.r.+l.b.2
Coecum = Blinddarm g.21
~ -Ca g.21
Collum-uteri-Ca = Gebärmutterhals-Ca r.l.a.3
Colon = Dickdarm, zwischen Blindarm und Enddarm gelegen g.22
~ -Ca g.22
Conjunctiva = Bindehaut des Auges
Conjunctivitis = Bindehautentzündung r.r.+l.9.A.c
Corium = Lederhaut o.r.+l.a.1
~ -Ca
Corpus uteri = Gebärmutter g.26
~ -Ca g.26
Corpus vitreum = Glaskörper des Auges r.r.+l.b.6
Cortex = Hirnrinde
Cortisol = Nebennierenrindenhormon o.r.b.8, l.b.7
Crohn, morbus g.19,20
Cushing Syndrom = Heilungsphase nach Nebennierenrindennekrose bzw. Nebennierenrindenzyste. Die Zyste produziert mehr Cortisol, darum Zunahme des Haarwuchses o.r.b.8, l.b.7
Cystitis = Blasenentzündung g.29

Darmblutungen g.19, 20, 22, 23
~ koliken o.r.+l.c.3

Hypoglykämie = zu niedriger Blutzuckerspiegel r.l.b.2
Hypophyse = Hirnanhangsdrüse g.2
~ nadenom g.2
~ nvorderlappen-Ca g.2

iatrogen = ärztlich bedingt, durch den Arzt ausgelöst o.r.+l.a.4
ikterische Hepatitis = Leber-Gallengangs-Entzündung mit Gelbsucht r.r.a.4.B
Ikterus = Gelbsucht r.r.a.4.B
Ileitis = Entzündung des Ileums g.19+20
Ileum = unterer Teil des Dünndarms g.19+20
~ -Ca g.20
Ileus = Verschluß, mechanisch g.19, 20, 21, 22, 23; o.r.+l.c.2
~ , Appendix g.21
~ , paralytischer o.r.+l.c.2
Innervation = nervöse Versorgung
innwendiges Nabel-Ca g.31
Insuffizienz = nicht ausreichende Wirkung eines Organs, aufgeführt unter: o.r.+l.a.5
Insulin r.r.b.2
interstitiell = Zwischengewebe
intestinal = zum Magen-Darm-Trakt gehörend
Intima = innere Wandschicht der Blutgefäße o.r.b.9, l.b.8
intrabronchial = in den Ästen der Bronchien r.r.a.2
~ es Plattenepithel-Ca r.r.a.2
~ e Ulcera r.r.a.2
intraductales-Mamma-Ca = Krebs in den Milchgängen der Brust r.r.+l.9.B
intrahepatisch = in der Leber r.r.a.4.B
~ es Gallengangs-Ulcus-Ca r.r.a.4.B

Jejunum = mittlerer Teil des Dünndarms g.19
~ -Ca g.19

Karies = angefressene oder löchrige Zähne r.r.+l.10
Katecholamine (primär) r.r.+l.9.b
~ (sekundär) r.r.+l.9.C.b
Kavernen = ein durch Verkäsung entstandenes Loch bei Leber-, Lungen-, Pankreas-, Nieren-, Brust-Ca.
~ , Leber- = ein durch Verkäsung entstandens Loch bei Lebertuberkulose g.17
~ , Lungen- = ein durch Verkäsung entstandenes Loch bei Lungentuberkulose g.13.A
Kehlkopfasthma r.l.a.2
~ -Plattenepithel-Ca r.l.a.2
Keimbahnzell-Teratom g.32
Keloid = Narbengewebewucherung o.r.+l.b.1
Keratitis = Hornhautentzündung r.r.+l.9.A.e
Kiemenbogengänge = rudimentär vorhandene Gänge, in der Evolution der Teil mit dem der Fisch atmet r.r.a.1
~ gangs-Plattenepithel-Ca r.r.a.1
Knie o.r.+l.b.4
Knochen
~ , Entkalkungslöcher in den o.r.+l.b.4
~ frakturen, spontan o.r.+l.b.4~ krebs o.r.+l.b.4

Mamma = Brust r.r.+l.9.B; o.r.+l.a.4
~ -Ca o.r.+l.a.4; r.r.+l.9.B
~ -Ca, intraductal r.r.+l.9.B
Mandeln, vergrößerte g.6
manische Unruhe, tritt bei verschiedenen Krankheitsbildern auf, aufgeführt unter: r.l.b.1
Mastoid-Tumor = warzenartige Ausstülpung am Felsenbein g.10
mediastinal = Raum zwischen den beiden Lungenflügeln r.l.a.1
~ e Schilddrüsenzysten r.l.a.1
Melanom = Geschwulst ausgehend von den Pigmentzellen o.r.+l.a.1
Menstruation = Regel g.26; r.l.a.3.+4.A
~ sblutungen = Regelblutungen g.26; r.a.3
Mesotheliom = Tumor des Herzbeutels, Brustfells oder Bauchfells (adenoid) o.r.+l.a.5,6,7
~ des Pericards o.r.+l.a.5
~ des Peritoneum o.r.+l.a.7
~ der Pleura o.r.+l.a.6
Metastasen = schulmedizinisch angenommene Tochtergeschwulste o.r.+l.a.5
Milchgang, verstopft r.r.+l.9.B
Milzkrebs o.r.b.7
~, Löcher in der o.r.b.7
~ nekrose o.r.b.7
Mitose = indirekte Zellteilung
Mittelohr-Ca g.10
~ -entzündung g.9+10
Morbus Addison = Krankheit der Nebennierenrinde o.r.b.8, l.b.7
Morbus Crohn =Darmschleimhautentzündung zusammengehend mit Schleimabsonderungen g.19+20
Morbus Parkinson r.r.+l.b.3
motorisch = die Bewegung betreffend
~ e Lähmung der Arme, Beine, Hände, Rücken, Schulter u. Gesicht r.r.+l.b.3
~ e MS r.r.+l.b.3
MS = Multiple Sklerose o.r.b.12,l.b.11; r.r.+.b.3
~- ,motorische r.r.+l.b.3
Müdigkeit, gestreßte o.r.b.8, l.b.7
Mukoviszidose g.3,4,11,13
Mumps r.r.+l.16
Mundfäule = Geschwüre im Mund g.12
Mundschleimhautblutungen r.r.+l.12.A
~ -Ca, submucöses g.12
~ entzündungen g.12
~ -Ulcera-Ca r.r.+l.12.A
Muskelatrophie o.r.b.12, l.b.11
~ dystrophie r.r.+l.b.3
~ hypertrophie o.r.b.12, l.b.11
~ restitution o.r.b.12, l.b.11
Muskulatur o.r.+l.c.2, r.b.12,l.b.11; r.r.+l.b.3
Mykose = Krankheit, bei der Pilze beteiligt sind g.1-32; o.r.+l.a.1

Nabel-Ca, inneres g.31
Narbenkeloid a.r.+l.b.1
Nasenblutungen r.r.+.l.11
~ erkältung r.r.+l.11, r.+.l.13
~ nebenhöhlen-Ulcus-Ca r.r.+l.13

~ rachenraumpolypen g.1
~ schleimhaut-Ulcus-Ca r.r.+l.11
Nebennierenmark-apoplexie r.r.+l.9.C.b
~ -Ca r.r.+l.9.C.b
Nebennierenrinden-Nekrose-Ca o.r.b.8, l.b.7
~ -Zyste o.r.b.8, l.b.7
Nebenschilddrüsen-Ca, acinöser Teil g.8
~ -Knoten g.8
Nekrose = stellenweises Absterben von Gewebe
Netzhaut r.r.+l.b.6
~ ablösung r.r.+l.b.6
Neuralgie = Nervenschmerz r.r.+l.9.A.a
Neurinom = Bindegewebswucherung der Nervenscheide r.r.+l.b.5
Neuroblastom = Wucherung des Nebennierenmarks r.r.+l.9.C.b
Neurodermitis = Hautabschilferung in der konfliktaktiven Phase, bei längerer Dauer Verdickung und Verhärtung der Haut r.r.+l.9.A.a
Neurofibrom = Bindegewebswucherung der Nervenscheiden, Gliawucherung r.r.+l.9.C
Neuroganglien (sympathischer Grenzstrang) = Nervenknoten des unwillkürlichen Nervensystems r.r.+l.9.C.b
Nierenbecken r.r.+l.a.6+7; g.30
~ -Kavernen g.30
~ kelch = calyces g.30; r.r.+l.a.7
~ kelche, verplumpte g.30
~ koliken r.r.+l.a.6+7
~ parenchym-Nekrose o.r.+l.c.1
~ -Sammelrohr-Ca g.30
~ schmerzen r.r.+l.a.7
~ spasmen r.r.+l.a.7
~ stauung r.r.+l.a.6
~ steine r.r.+l.a.6+7
~ -Tuberkulose g.30
~ -Tubuli g.30
~ -Ulcus-Ca r.r.+l.a.7
~ zyste o.r.+l.c.1
Non-Hodgkin-Lymphom = alle Erkrankungen des Lymphsystems, die nicht zum Morbus-Hodgkin gehören r.r.a.1
Noradrenalin = Hormon aus dem Nebennierenmark r.r.+l.9.C.b

Oberschenkelhals o.r.+l.b.1
Ödem = starke Einlagerung von Gewebeflüssigkeit
Oesophagus = Speiseröhre r.r.+l.14; g.14
~ -Ca (unteres Drittel) g.14
~ -Ulcus-Ca (obere 2/3) r.r.+l.14
~ -Varizen g.14
Ohrensausen r.r.+l.b.5
Ohren, schlecht hören g.9,10; r.r.+l.b.5
Ohrspeicheldrüse = Parotis
~ nausführungsgangs-Ulcus-Ca r.r.+l.16
~ n-Ca g.3
Okklusion = Verschluß r.r.+l.a.6~ der Ureter r.r.+l.a.6
~ der Uretra r.r.+l.a.8
Ontogenese = Entwicklungsgeschichte, die der Embryo im Mutterleib durchmacht
Ophtalmikus (n.) = der oberste Ast des nervus trigeminus, fünfter Hinnerv r.r.+l.9.A.c

Osteolyse = Knochengewebeschwund o.r.+l.b.4
Osteosarkom = übermäßige Neubildung von Knochengewebe o.r.+l.b.4
Otitis media = Mittelohrentzündung g.9,10
Ovar = Eierstock g.32; o.r.b.13, l.b.12
~ , verkleinert o.r.b.13, l.b.12
~ ial-Ca, interstitiell o.r.b.13, l.b.12
~ ial-Cyste o.r.b.13, l.b.12
~ ial-Teratom g.32

Pankreas = Bauchspeicheldrüse g.18
~ -Ca g.18
~ -Cavernen g.18
~ -gangs-Plattenepithel-Ca r.r.4.C
Pankreatitis = Schwellung des Plattenepithels des Pankreasganges r.r.4.C
Panmyelophtise = mangelndes oder gar kein Wachstum des Knochenmarks, wodurch die Blutbildung aufhört o.r.+l.b.4
Paralyse = Lähmung
paralytischer Ileus = Folge einer Darmmuskulaturlähmung, das Unvermögen des Darmes weiterzubefördern und auszuscheiden o.r.+l.c.2
Paranoia = Wahn r.r.+l.b.6
Parenchym = spezifisches Gewebe eines Organs g.17; o.r.+l.c.1
~ -Nekrose o.r.+l.c.1
Parese = teilweise Lähmung r.r.+l.b.3
Parkinson, Morbus = hängende Heilungsphase nach einer motorischen Lähmung r.r.+l.b.3
Parotis = Ohrspeicheldrüse g.3; r.r.+l.16
~ -ausführungsgangs-Ulcus-Ca r.r.+l.16
~ -Ca g.3
Perforation = Durchbruch
Pericard = Herzbeutel, ein doppelt angelegter Beutel, der das Herz umgibt o.r.+l.a.5
~ -Ca o.r.+l.a.5
~ -Exsudat o.r.+l.a.5
~ -Mesotheliom o.r.+l.a.5
~ -tamponade o.r.+l.a.5
Periost = Knochenhaut r.r.+l.a.9.C.a, b.8; o.r.+l.b.4
~ -Schmerzen o.r.+l.b.4; r.r.+l.b.8
peripher = an der Außenseite des Körpers befindlich
periphere Gliome r.r.+l.9.C.a
peritoneal = das Bauchfell betreffend o.r.+l.a.7
~ -Ca o.r.+l.a.7
~ -Mesotheliom o.r.+l.a.7
Peritoneum = Bauchfell o.r.+l.a.7
Phäochromozytom = Geschwür des Nebennierenmarks r.r.+l.9.C.b
Phantom = eine eingebildete Sache, die in Wirklichkeit nicht besteht r.r.+l.b.8
~-Plattenepithel-Ulcera r.r.+l.b.8
Pharynx = Kehlkopf g.1
Pickel o.r.+l.a.3
Plattenepithel = aus Plattenepithel-Schichten ist z.B. die Oberhaut aufgebaut
Pleura = Brustfell o.r.+l.a.6
~ -Ca o.r.+l.a.6
~ -exsudat o.r.+l.a.6
~ -Mesotheliom o.r.+l.a.6

Sinus = Nasennebenhöhlen r.r.+l.13
~ -Ulcus-Ca r.r.+l.13
Skelett o.r.+l.b.4
Sklera = äußerste Hülle des Augapfels r.r.+l.b.6
Skrotum = Hodensack o.r.b.14, l.b.13
~ , Oedem, geschwollen o.r.b.14, l.b.13
solitär = allein auftretend
Spasmus = Verkrampfung
Speiseröhre = Ösophagus r.r.+l.14
~ n-Ca (unteres Drittel) g.14
Splenomegalie = Milzschwellung o.r.b.7
Spontanfrakturen o.r.+l.b.4
statoacusticus (n.) = achter Gehirnnerv g.10.B
Stenose = Einengung
Stimmbänder r.l.2
~ bandpolypen r.l.a.2
~ e, veränderte r.l.a.2
Struma, euthyreote r.l.a.1
~ , harte = Hyperthyreose g.7+8
Stuhlgang, schwarz = Melaena r.r.a.4.A; g.19
submucös = unter der Schleimhaut
suizidal = Selbstmordneigung, besonders in schizophrener Konstellation r.r.b.1
sympathischer Grenzstrang, siehe Neuroganglien r.r.+l.9.C.b

Tachykardie = abnormale erhöhte Herzwirkung mit Herzklopfen r.l.a.3
Tamponade = Kompression des Herzens, dadurch daß der Herzbeutel volläuft mit Wasser o.r.+l.a.5
Taubheit, Gefühl r.r.+l.b.7, 9.A.a.+C.a.
~ , Gehör r.r.+l.b.5
~ , Gehör, vor allem schlechtes Hören g.9, 10.A.+B
Teratom = Tumor in den Keimdrüsen g.32
Testis = Hoden g.32
~ teratom g.32
Thalamus = Teil des Zwischenhirns mit wichtigen Zentren und Kernen r.r.+l.b.1
Thrombophlebitis = Entzündung einer Venenwand mit Bildung von Blutgerinsel o.r.b.10, l.b.9
Thrombozyten = Blutplättchen, spielen eine wichtge Rolle bei der Blutgerinnung o.r.b.7
Thrombozytopenie = verringerter Anteil der Blutplättchen o.r.b.7
Thrombus = Blutgerinsel r.l.a.3
~ embolie = Blutgerinsel, das eine Verstopfung in den kleinen Blutgefäßen und Kapillaren hervorruft r.l.a.3; o.r.b.7
Thyreotoxikose = Zunahme der Schilddrüsenwirkung g.7
Tinnitus = Ohrensausen r.r.+l.b.5
Todesangst (Konflikt) g.13.A
~ , als Symptom in der pcl-Phase aufgeführt unter: r.r.+l.a.3
tonsillärer Abszeß g.6
Tonsillen = Mandeln g.6
~ -Ca g.6
~ , eitrige g.6
~ -Hyperplasie = Übermäßiges Wachstum der Mandel g.6
~ -Mykose g.6
Tonsillitis = Mandelentzündung g.6

Kapitel XI

Die HAMERschen HERDE

Wenn man im Hirn-Computertomogramm, seit es dieses gibt, Gliaansammlungen im Gehirn fand, die auch noch mit Kontrastmittel gut anfärbbar waren, dann stand in der Regel die Diagnose fest: Hirntumor.

1982 gelang es mir - also ein Jahr nach der Entdeckung der EISERNEN REGEL DES KREBS - schon prospektiv einen HAMERschen HERD riesigen Ausmaßes bei einem Patienten mit Revierkonflikt in der Heilungsphase und Herzinfarktgeschehen in der epileptoiden Krise zu finden. Von da ab wußte ich, daß es keine Hirntumoren gab, sondern daß diese Phänomene alle im Zusammenhang mit der Heilungsphase eines biologischen Konfliktgeschehens stehen mußten.

Die HAMERschen HERDE - der Ausdruck stammt von meinen Gegnern, die diese von mir gefundenen Gebilde im Gehirn abfällig "die komischen HAMERschen HERDE" nannten - diese HAMERschen HERDE beobachtete ich nun genau und konnte bald solche erkennen, deren vermeintliche Entstehung ich vom Beginn der Heilungsphase an verfolgen konnte.

Da ich aber schon damals sehr schnell das Gesetz von der Zweiphasigkeit der Erkrankungen gefunden hatte, wußte ich natürlich, daß zu jedem solchen Heilungsphasenvorgang eben auch ein konfliktaktiver Vorgang gehört.

Das Unglück für viele Patienten wollte es, daß die HAMERschen HERDE in der Heilungsphase durch Einlagerung von Gliazellen (Bindegewebe) repariert werden. Das geht einher mit vermehrter Rigidität des Gewebes, bleibt jedoch solange ohne Beschwerden, wie der Organismus nicht wieder an einem Konflikt an der gleichen Stelle erkrankt.

Es tauchten enorme Schwierigkeiten auf:

1. Bei Krebs - und auf diese Erkrankung konzentrierte ich mich natürlich damals, weil ich glaubte lediglich die Mechanismen der Entstehung des Krebs entdeckt zu haben - war es damals nicht üblich, ein Computertomogramm des Gehirns zu machen, außer, es bestanden berechtigte Gründe zur Annahme von Hirnmetastasen. Es war also im Einzelfalle sehr schwierig, solch ein CT des Gehirns überhaupt anfertigen zu lassen. Da die Computertomogramme damals unverhältnismäßig teuer waren, war man glücklich, wenn man überhaupt eine einzige Serie eines Computertomogramms des Gehirns bekommen konnte.

2. Ich begann nun zunächst einmal die Topographie der HAMERschen HERDE in Gehirn zusammenzustellen und das war sehr schwierig, denn wenn man im Gehirn irgend etwas sah, dann konnte es ja auch ein alter bereits abgelaufener Prozeß sein, der eben nichts mehr mit dem aktuellen Konfliktgeschehen des Patienten zu tun hatte. Außerdem wußte ich nicht, ob der Patient noch weitere Karzinome hatte, die bisher nur noch nicht diagnostiziert waren, was auch bei frischen Prozessen bzw. ganz aktuellen biologischen Konflikten möglich war.

3. Ich fand übergreifende Konflikte mit ähnlichem Konfliktinhalt, von denen ich heute weiß, daß sie mehrere Relais mit einem einzigen HAMERschen HERD überzogen hatten, d.h. der Patient hatte einen Konflikt oder mehrere erlitten, die verschiedene Konfliktaspekte hatten, die alle in der gleichen Sekunde des

DHS beim Patienten eingeschlagen waren und alle in einem großen HAMERschen HERD zusammengefaßt waren.

Daneben gab es auch Patienten, die gleichzeitig mehrere HHe an ganz verschiedenen Stellen des Gehirns hatten. Alle diese Herde aber hatten, eins gemeinsam, sie mußten die Heilungsphase darstellen, wenn der Patient ansonsten alle Symptome der konfliktgelösten pcl-Phase aufwies.

4. Zu all diesen HHen in der Heilungsphase mußte es nun auch irgendeine Formation im Gehirn geben, die man mit irgendeinem Apparat sichtbar machen müßte, die diesem Konflikt in der aktiven Phase entsprechen würde. Da sah ich manchmal solche schießscheibenförmige Kreise, die aber von den Radiologen bei Nachfrage stets milde lächelnd als Rundartefakte des Apparates abgetan wurden. Es gab auch halbkreisförmige Strukturen, sowohl solche, die von der Falx begrenzt wurden und solche, die vom lateralen Bildrand des CT begrenzt schienen.

5. Die Mitarbeit der Radiologen war quasi gleich null. Eine Reihe von ihnen hatte ein Bestrahlungsgerät und machte sog. Röntgenbestrahlungstherapie. Und solche ehemaligen Kollegen konnten es sich nicht leisten, meine Ergebnisse überhaupt nur für möglich zu halten. Die übrigen sagten mir ganz unverblümt - damals hatten noch nicht sehr viele Radiologen ein CT-Gerät -, daß sie von dem Moment an, wo sie Hamers Theorien für möglich hielten, keinen einzigen Auftrag der Kliniken mehr bekämen. Wenn bei denen ein Hirn-CT angefertigt wurde, dann normalerweise ausschließlich zum Auffinden eines Hirntumors oder von "Hirnmetastasen".

6. Da ich kein eigenes CT-Gerät hatte, hatte ich auch nicht die Möglichkeit, systematische Untersuchungen durchzuführen oder mit Untersuchungen mit einem anderen Schnittwinkel zu wiederholen. Wir konnten halt nur das bekommen, "was von unserer Herren Tische fiel", und das war nicht viel. Oft kam es vor, daß die Computertomogramme den Patienten nicht mitgegeben wurden. Mit dem schriftlichen Befund konnte man aber so gut wie nichts anfangen.

7. Ich wußte und kannte die HAMERschen HERDE oder die, die ich dafür hielt, die aber der Heilungsphase angehörten. Ich postulierte, daß es diese HH auch schon in der konfliktaktiven Phase gegeben haben müsse, was aber von den Radiologen nicht akzeptiert wurde: "Herr Hamer, da sehen wir nichts".

8. Viele HAMERsche HERDE sah ich, konnte mir aber dazu gar keinen Krebs vorstellen, das waren z.B. die motorischen, sensorischen und Periost-sensorischen Relais im Gehirn, die ja auf der Organebene keinen Krebs machten, sondern allenfalls ein Krebsäquivalent darstellen. Ich hatte aber mit diesen Krankheiten ja nicht gerechnet, sondern nur mit Krebs. Und deshalb passierte es mir oft, daß ich viel mehr HH hatte, als ich eigentlich suchte und in den Fällen, wo der Patient nur eine Konfliktaktivität hatte und noch keine Lösung seines Konfliktes, da fand man nichts.

Oft kam es vor, daß der Patient einen riesigen Tumor hatte und man im Computertomogramm des Gehirns "nichts" fand. Andere hatten einen kleinen Tumor, der in der Heilungsphase war und man fand einen ausgedehnten HAMERschen HERD im Gehirn.
Es blieb mir nichts anderes übrig, als den Weg jedes Naturwissenschaftlers zu gehen und als braver Handwerker mit 99% Transpiration und mit 1% Inspiration alle nur irgend erreichbaren Computertomogramme des Gehirns, samt den dazugehörigen oder vermeintlich dazugehörigen Organbefunden zu vergleichen mit an-

deren Hirn-CTs, die wiederum andere Organbefunde hatten.
Anfangs kam eine weitere Schwierigkeit hinzu, daß ich die Links- und Rechtshändigkeit nicht unterscheiden konnte, so daß ich, wie ich im nachhinein weiß, noch häufiger einem Irrtum aufgesessen wäre, wenn ich nicht immer vom Organ ausgegangen wäre. Vom Organ zum Gehirn oder vom Gehirn zum Organ ist die Korrelation nämlich immer eindeutig. Lediglich bei der Korrelation zwischen Psyche und Gehirn oder Gehirn und Psyche ist die Links- und Rechtshändigkeit von Wichtigkeit.
Also ein Beispiel: Hämorrhoiden bekommt entweder eine rechtshändige Frau bei einem Identitätskonflikt in der Heilungsphase oder ein linkshändiger Mann bei einem Revierärger ebenfalls in der Heilungsphase. Sehe ich aber auf der linken Großhirnseite im linken Temporallappen an bestimmter Stelle einen HAMERschen HERD mit Oedem, dann muß der Patient immer ein Hämorrhoiden- d.h. Rectumplattenephitel-Ulcus in der Heilungsphase haben. Umgekehrt, wenn der Patient Rectum-Ulcera in der Heilungsphase hat, also Hämorrhoiden, dann hat er stets im Gehirn an dieser Stelle des linken Temporallappens einen HH in der Heilungsphase.

Es gelang mir zunächst anhand vieler hunderter später vieler tausender Computertomogrammen des Gehirns endlich zwischen Krebsen und Krebsäquivalenten unterscheiden zu lernen, dann die richtige Lokalisation bzw. korrelative Topographie zum Organ festlegen zu können. Es muß noch betont werden, daß es für viele körperliche Funktionen, wie z.B. die Periostsensibilität, die ja unser gesamtes Skelettsystem überzieht, nur einen weißen Fleck auf der Landkarte des Gehirns und auf der Landkarte der Organe gab, weil man dieses Periost so schlecht oder gar nicht untersuchen konnte. Von einer Periostsensibilität wird in keinem Lehrbuch berichtet.

Die von den Neuroradiologen 1 1/2 Jahrzehnte fehlgedeuteten vermeintlichen Ringartefakte des Gehirns im Computertomogramm

Es blieb der Streit um die sog. Ringartefakte, die es zwar gibt, die man aber nur bei jedem etwa 100. Patienten einmal sieht und von mir als HAMERsche HERDE in Schießscheibenkonfiguration, sprich der konfliktaktiven Phase, angesehen werden. Die vermeintlichen Ringartefakte, die von mir, bis auf wenige ganz eindeutige Ausnahmen, ganz heftig bestritten wurden, bzw. eben als HHe in Schießscheibenkonfiguration reklamiert werden, werden von den Radiologen stets als Fakten verneint und eben als Artefakte, d.h. Kunstprodukte des Apparates angesehen.

Jahrelang wurde versucht diese Phänomene einfach beiseite zu schieben. Schließlich kam mir eine gute Idee, wobei mir mein 12-semestriges Physikstudium zugute kam. Ich meldete mich mit einem "Anliegen" bei dem Chef der Computertomographie-Abteilung der Herstellungsfirma Siemens, Herrn Feindor. Wir hatten eine angenehme Besprechung, in deren Verlauf ich ihn bat, daß wir beide miteinander zusammen festlegen möchten, welche Kriterien beim Ringartefakt erfüllt sein müßten und wann sicher kein Ringartefakt vorliegen könne. Herr Feindor ist Ingenieur, und wir hatten überhaupt keine Probleme die Bedingungen festzulegen, die in diesem oder in jenem Fall erfüllt oder nicht erfüllt sein dürften. Das war am 18.12.1989. Am 22.12.89 wurde das endgültige Protokoll unterzeichnet. Seit dem ist unter den Neuroradiologen echte Panik ausgebrochen. Das bekamen wir gleich zu spüren, als wir im neuen Jahr 1990 bei Siemens eine

Testreihe planten. Ich bat Herrn Direktor Feindor, mir am werkseigenen Siemensgerät in Erlangen Gelegenheit zu einer Testreihe zu geben, die sich etwa über vier Wochen erstrecken sollte. Danach sollten eine Reihe von Neuroradiologen eingeladen werden, die dann zusammen mit Siemens bestätigen sollten, daß die vorgeführten Fälle keine Artefakte sein konnten, sondern echte Befunde, also Fakten darstellen.

Der Termin für diese vorgesehene Konferenz wurde nun dauernd hinausgezögert, bis mir ein Verantwortlicher der Firma Siemens eines Tages im Vertrauen sagte: "Herr Hamer, wir haben die allerschlimmsten Schwierigkeiten bekommen mit den Radiologen." Es war eindeutige Mißbilligung signalisiert worden....

Zur Vorbereitung dieser Konferenz hatten wir alle möglichen ursprünglich mit Siemens vereinbarten Untersuchungen gemacht, wie z.B. den Patient bei der CT-Untersuchung aus der Mittellage 2 cm nach links zu verschieben oder ihn dann nochmal 2 cm nach rechts verschieben, um zu sehen, ob die Schießscheibenkonfiguration immer an der gleichen Stelle des Gehirns bleibt, was sie auch wirklich tat. Oder wir versuchten bei dem gleichen Patienten in möglichst regelmäßigen Abständen Verlaufskontrollen zu machen, möglichst an verschiedenen Apparaten, um zu sehen, welchen Verlauf die Schießscheibenkonfiguration nahm.

Auch war es ein sicheres Kriterium für einen echten Befund, wenn die Schießscheibenkonfiguration nur in einer bestimmten Anzahl von Schichten vorkam, in anderen Schichten jedoch nicht mehr.

Bei all diesen Untersuchungen, die viel Zeit und Mühe in Anspruch nahmen und viel gutes Zureden bei den Radiologen, fanden wir eine ganz erstaunliche Sache: Ein Radiologe meinte nämlich einmal, er sähe diese Schießscheiben auch an Organen und da müßten sie ja nun wirklich Artefakte sein.

Von diesem Augenblick an war mein helles Interesse für solche Organ-Schießscheibenkonfigurationen geweckt, und ich untersuchte sie systematisch. Ich fand dabei heraus, daß in den kompakten Organen, an denen wir CTs machen können, wie Leber, Milz, Nierenparenchym, Knochen etc. wirklich Schießscheiben-Konfigurationen vorkamen, die aber meist nur am Anfang sichtbar waren, evtl. beim Knochen später wieder sichtbar wurden, wenn der Knochen rekalzifizierte. Es ergab sich die erstaunliche Tatsache, daß offenbar das Gehirn und das Organ in Schießscheiben-Konfiguration miteinander korrespondieren und diese Schießscheiben auch am Organ einen bestimmten Verlauf haben. So sehen wir z.B. in der Leber nur am Anfang beim solitären Leber-Ca die klassische Schießscheiben-Konfiguration. Später wird das solitäre Leber-Ca in der Tomographie dunkel und läßt keine Schießscheiben-Konfiguration mehr erkennen. Bei der natürlichen Heilung durch Tbc sehen wir durchaus angedeutete Kalkringe, besonders wenn es nicht zur totalen Kaverne, sprich einem Loch in der Leber gekommen war, sondern wenn das Leber-Ca auf halbem Wege stehen geblieben war und bei der natürlichen tuberkulösen Heilung der solitäre Rundherd nur ausgedünnt werden brauchte.

Das Kopf-Gehirn und das Organ-Gehirn:

Wenn man die ganze Sache richtig besieht, dann haben wir zum einen das uns allen bekannte Kopfgehirn. Demgegenüber stehen die Organzellen, die jede einen Zellkern haben. Organzellen

sind miteinander vernetzt und auch jeder Zellkern, sprich Mini-Gehirn, mit allen Mini-Gehirnen des Körpers vernetzt.

Die Summe dieser Mini-Gehirne können wir als zweites Gehirn ansehen. Das würde dann bedeuten, daß im Falle eines biologischen Konflikts ein Areal des Kopf-Gehirns, das wir HAMERschen HERD nennen, mit einem anderen Areal des Organ-Gehirns, das wir bisher Krebs oder Krebsäquivalent oder Organveränderung nannten, in Korrespondenz zueinander stehen.

Im Falle eines sensorischen Reizes z.B. liefert das Organ-Gehirn Informationen an das Kopf-Gehirn, anders herum, bei einer motorischen Antwort liefert das Kopf-Gehirn Informationen und Befehle an das Organ-Gehirn.

Wir wissen zwar noch nicht, was sich nun ganz genau elektrophysiologisch an den einzelnen Zellen des Gehirns und der Organe - oder was sich in übergreifenden Arealen oder Relais abspielt, aber diese Kenntnis ist nicht Voraussetzung für unser klinisches Arbeiten mit diesen klaren Befunden.

Der HAMERsche HERD in der ca-Phase und in der pcl-Phase:

Beim DHS wird das zuständige Relaiszentrum im Gehirn markiert, und zwar durch eine sog. Schießscheiben-Konfiguration. Um das Zentrum dieses Relais' bilden sich scharfe Kreise, wir sagen auch konzentrische Kreise, die wie Schießscheiben aussehen. "Schießscheibe" bedeutet, der HAMERsche HERD ist in der konfliktaktiven Phase.

Dabei ergibt sich die Stelle nicht zufällig, sondern sie ist das Computer-Relais, das das Individuum in der Sekunde des DHS dem Konfliktinhalt entsprechend "assoziiert"; von diesem HAMERschen HERD aus wird wiederum in eben der gleichen Sekunde des DHS das mit dem HAMERschen HERD korrelierende Organ von Krebs betroffen. Erstaunlicherweise können wir auch am Organ die Betroffenheit durch eine Schießscheibenkonfiguration in den Organen nachweisen, die wir im CT als kompakte Organe tomographieren können, wie Leber, Milz, Knochen, Niere etc.

Mit fortschreitendem Konflikt schreitet auch der HAMERsche HERD im Gehirn fort, d.h. es wird ein immer größeres Areal betroffen oder das einmal betroffene Areal intensiver alteriert, gleichzeitig schreitet auch der Krebs am Organ fort, d.h. der Tumor wird durch echte Zellmitose an Masse größer (so beim inneren Keimblatt), an Nekrose größer (so beim mittleren Keimblatt), ulcerös größer, ausgedehnter, durch viele kleine Ulcera, (so beim äußeren Keimblatt).

In meinem ersten Taschenbuch von 1984: "Krebs - Krankheit der Seele, Kurzschluß im Gehirn..." hatte ich diesen HAMERschen HERD in der konfliktaktiven Phase noch als Kurzschluß bezeichnet, weil wir über die bioelektrischen Vorgänge nichts wußten. Heute nenne ich ihn nicht mehr so, denn unter Kurzschluß verstehen wir im allgemeinen eine Störung des Programms. Das ist beim HAMERschen HERD aber nur bedingt der Fall. Wir können sagen, es ist eine Störung des normalen Programms, mit der der Organismus aber durchaus schon rechnet, daß die einmal eintreffen könnte:

Aber schon das Wort Störung ist nicht angemessen, denn es ist eine Art Not- oder Sonderprogramm. D.h. wenn das Individuum in einer Situation mit der es nicht gerechnet hatte unerwartet "auf dem falschen Fuß erwischt" wird, setzt ein Notprogramm ein, das wir biologischen Konflikt nennen und das zum Ziel hat,

das Individuum wieder in den normalen Rhythmus zu bringen. Dieses Notprogramm bezieht sich nicht nur auf das Individuum allein, sondern schließt je nachdem mehrere oder viele Artgenossen mit ein, indem es sich auch auf Familie oder Sippe beziehen kann.

Ein Beispiel: Eine Mutter erlebt wie vor ihren Augen ihr dreijähriges Kind verunfallt und bewußtlos ist. Ist dies für die Mutter ein DHS, löst es einen biologischen Konflikt aus, und zwar einen ganz bestimmten, nämlich einen Mutter-Kind-Sorge-Konflikt. Dieser biologische Konflikt hat auf allen 3 Ebenen eine ganz besondere sinnvolle Bedeutung: auf psychischer Ebene dreht sich das ganze Denken und Tun darum, daß das Kind wieder gesund wird. Auf cerebraler Ebene sehen wir bei einer rechtshändigen Frau im rechten seitlichen Kleinhirn einen schießscheibenförmigen HAMERschen HERD der uns zeigt, daß Konfliktaktivität in diesem Mutter-Kind-Konflikt herrscht. Auf organischer Ebene sehen wir, daß das Brustdrüsengewebe der Frau und Mutter wächst. Die linke Brust vermehrt sich also um eine bestimmte Menge von Brustdrüsengewebe - so ist es in der Natur bzw. bei den Naturvölkern noch üblich - es ist in die Milchproduktion mit eingeschaltet, so daß die Mutter mehr Milch produziert als vorher. Die Folge ist wieder, daß das Kind mehr Milch bekommt und dadurch die Chance hat, rascher gesund zu werden. Ist das Kind wieder gesund, setzt die Konflikt-Lösung ein, d.h. nun werden die überzähligen Brustdrüsenzellen nicht mehr gebraucht, weil das Kind nun wieder mit der üblichen Menge an Milch auskommen kann. Die weitere Folge ist, daß während des Stillvorgangs eine Tuberkulose einsetzt, so daß das Kind praktisch tuberkulöse Milch bekommt, was ihm aber gar nicht schadet. Die Tuberkulose verkäst die neu gewachsenen Brustdrüsenzellen und baut sie ab. Zurück bleibt eine Kaverne.

Was aber sind nun diese HAMERschen HERDE im Gehirn, die, wenn sie gut sichtbar, d.h. schon in der Heilungsphase sind, von den Neuroradiologen als Hirntumoren oder Hirnmetastasen bezeichnet werden; wenn sie weniger deutlich zu sehen sind, allgemeine Ratlosigkeit hervorrufen; die wenn sie ein sehr starkes perifokales Oedem zeigen und der HAMERsche HERD gut anfärbbar darstellbar ist, als rasch wachsende Hirntumoren bezeichnet werden; die wenn sie ein großes Oedem machen, jedoch der HAMERsche Herd nicht sichtbar ist, wie es meist die HAMERschen HERDE des Marklagers tun, wiederum allgemeine Ratlosigkeit hervorrufen; die wenn sie an der Hirnrinde gelegen sind, als Geschwülste der Hirnhäute mißdeutet werden, die aber im Grunde immer das gleiche sind jeweils nur **die verschiedenen Stadien des Verlaufs** eines HAMERschen HERDES!

Die HAMERschen HERDE in der konfliktaktiven Phase, nämlich die Schießscheibenkonfigurationen, wurden bisher stets als Artefakte des Apparates fehlgedeutet. Wenn sie später Oedem bekamen und zu sog. Hirntumoren wurden, machte sich der Radiologe gewöhnlich nicht die Mühe festzustellen, daß dieser vermeintliche Hirntumor schon früher als Schießscheibenkonfiguration d.h. als HAMERscher HERD in der konfliktaktiven Phase sichtbar gewesen war. Seit die Firma SIEMENS und ich das am Ende dieses Kapitels angeführte Papier unterschrieben haben, dürfte die Diskussion um die vermeintlichen Artefakte endgültig beendet sein. Sie waren Fakten: D.h. die Schießscheiben bedeuteten die konfliktaktive Phase in einem bestimmten Relais oder einer Relaisgruppe des Gehirns.

Hirntumoren gibt es per definitionem nicht: Hirnzellen können sich nach der Geburt nicht mehr teilen, auch nicht unter Bedingungen, die bisher als Hirntumor fehlgedeutet werden. Also schlicht unter gar keinen Bedingungen. Was sich vermehren kann, ist harmlose Glia, Bindegewebe des Gehirns, das genau die gleiche Funktion hat wie das Bindegewebe unseres Körpers. Niemand kann die Gliazellen entwicklungsgeschichtlich ganz sicher einordnen. Danach, wie sie sich im Gehirn verhalten, liegt der dringende Verdacht nahe, daß sie mesodermalen Ursprungs sind. Darauf deutet hin, daß die Gliaeinlagerung stets in der Heilungsphase in den Hirnrelais erfolgt. Andererseits wissen wir aber, daß die Neurofibrome in der konfliktaktiven Phase entstehen bzw. Zellvermehrung machen. Das ist aber kein Widerspruch, denn wir wissen ja, daß zu den mesodermalen Organen sowohl die Kleinhirn-gesteuerten Organe als auch die Großhirn-Marklager-gesteuerten Organe gehören. Die ersteren machen Zellvermehrung in der konfliktaktiven Phase und die zweite Gruppe macht Zellvermehrung in der Heilungsphase. Wir müssen deshalb annehmen, daß die Gliome **beide** Fähigkeiten des Mesoderms besitzen. Diese hellen gliaverdichteten HAMERschen HERDE sind Reparaturen des Organismus an den HAMERschen HERDEN, Grund zur Freude statt zum Erschrecken oder gar zur Hirnoperation.

Gehen wir mal der Reihe nach durch, wie so etwas abläuft:
Bei einem DHS wird das "zuständige Relaiszentrum" im Gehirn markiert und damit HAMERscher HERD in Schießscheibenformation. Sobald wir in einem bestimmten Relais diese Schießscheiben-Konfiguration im CCT sehen, wissen wir, daß in diesem Relais ein Sonderprogramm läuft, d.h., der Organismus wurde in diesem Konflikt- Gehirn- und Organbereich auf dem falschen Fuß erwischt und hat ein Sonderprogramm eingeschaltet.

Dieses Sonderprogramm sorgt dafür, daß der Organismus mit der unvermutet eingetretenen Situation fertig wird, die nicht nur den Patienten als Individuum betreffen kann, sondern evtl. z.B. auch seine biologische Gruppe (Sippe, Familie etc.). Die Konfliktaktivität, d.h. die Schießscheiben-Konfiguration im Gehirn dauert dann solange, bis die Konfliktsituation gelöst ist und der Organismus wieder zur Normalität zurückkehren könnte. Bis er das kann, muß jedoch der Organismus den Preis dafür zahlen, daß das Sonderprogramm mit einer Art Kurzschluß eingeleitet wurde, das eine Art Notprogramm dargestellt. Der Preis ist die Heilungsphase, d.h. die Reparatur auf psychischer, cerebraler und organischer Ebene, um den vorher gewesenen möglichst optimalen Zustand wieder zu erreichen. Erst wenn dieser durch die Heilungsphase, bzw. die Reparatur auf allen 3 Ebenen erreicht ist, erst dann kann der Organismus wirklich zur Normalität zurückkehren. Solange in dem HAMERschen HERD das Sonderprogramm in Form von Schießscheiben-Konfiguration d.h. also der konfliktaktiven Phase, auch Dauersymphaticotonie genannt besteht, wird das Hirnrelais - so können wir uns das vorstellen - deutlich in Mitleidenschaft gezogen.

Wir können es uns so vorstellen, daß eine zu große Strommenge bei zu großer Spannung durch eine zu enge Leitung gejagt wird. Die Leitung schmort durch, d.h. natürlich zunächst die Isolierung. In der Bio-Elektrik ist es noch wieder ein bißchen anders, und im Gehirn müssen wir uns die Hirnzellen wie in einem unendlich komplizierten Gitternetz angeordnet vorstellen. Durch die Dauer-Sympathicotonie, die ja im Prinzip etwas Eingeplantes ist, (nur eben zu viel des Guten) kommen jetzt die Kommunikationsleitungen der Hirnnerven in zunehmendem Maße zu Schaden, ge-

nauso wie das Körperorgan durch den Krebs vergrößert, verkleinert oder jedenfalls verändert wird, um der besonderen neuen unvermuteten Situation Rechnung zu tragen. Bis zum Ende der konfliktaktiven Phase passiert am HAMERschen HERD zumindest, was das CCT anbetrifft, scheinbar nichts Aufregendes, außer, daß die Schießscheibenkonfiguration konstant bleibt. Im Kernspintomogramm können wir z.B. sehen, daß da ein Unterschied zur Umgebung ist, der jedoch völlig undramatisch aussieht.

Die Wirklichkeit ist jedoch ganz anders, und die Schädigung abschätzen können wir erst, wenn die Conflictolyse eingetreten ist. Jetzt in der pcl-Phase können wir das ganze Ausmaß der Veränderung bzw. Schädigung übersehen. Denn exakt mit Beginn der pcl-Phase beginnt der Organismus mit der Reparatur der Schäden dieses Sonderprogramms - sei es Zellvermehrung am Körperorgan, sei es eine Zellverminderung am Körperorgan - und natürlich des betroffenen Hirnrelais.

Systematisch zusammengefaßt passiert nach einem DHS auf den drei Ebenen unseres Organismus also folgendes:

psychisch:

A. Konfliktaktive Phase (ca-Phase):
Dauersympathicotonie, d.h. maximaler Streß. Der Patient denkt Tag und Nacht über seinen Konflikt nach und versucht, ihn zu lösen. Er schläft nicht mehr, und wenn, dann nur in der ersten Hälfte der Nacht, halbstundenweise, er nimmt an Gewicht ab, er hat keinen Appetit.

B. Konflikt-gelöste Phase (pcl-Phase):
Es findet eine Ruhigstellung statt. Die Psyche muß sich erholen. Der Patient fühlt sich schlapp und müde, ist aber wie erlöst, guter Appetit, der Körper ist heiß, oft Fieber, oft Kopfschmerzen. Die Patienten schlafen gut aber meist erst ab drei Uhr morgens. Dieser Mechanismus ist von der Natur so einrichtet, daß die Individuen in Vagotonie erst schlafen, wenn der Tag anbricht, damit eine potentielle Gefahr (z.B. Raubtier)
sie nicht im Schlaf überrascht. Die Patienten schlafen alle am Tage sehr viel und sehr gern.

cerebral:

A. Konflikt-aktive Phase (ca-Phase):
Schießscheibenkonfiguration im zugehörigen HAMERschen HERD (siehe Tabelle), d.h. daß hier ein Sonderprogramm läuft.

B. Konflikt-gelöste Phase (pcl-Phase):
Der HAMERsche HERD wird unter Oedembildung repariert und im betroffenen Relaisbereich Glia eingelagert. Dadurch wird der vorhergehende Zustand weitestgehend wieder hergestellt, was wichtig ist für spätere Konflikte, aber der Preis ist der, daß das Gewebe weniger elastisch ist, als vorher.

organisch:

A. Konfliktaktive Phase (ca-Phase):
Entsprechend der Tabelle und dem Schema des ontogenetischen

Systems der Tumoren und Krebsäquivalente entsteht in der konfliktaktiven Phase entweder eine Zellvermehrung, die biologisch einen ganz bestimmten Sinn hat, oder eine Zellnekrose, d.h. Zellschwund oder ein Loch, das biologisch auch einen ganz bestimmten Sinn hat. Der Sinn besteht darin, daß diese ganz besondere Überraschungssituation, die wir den biologischen Konflikt nennen, mit Hilfe der organischen Veränderung die vorgenommen wird, gelöst werden kann. Dem biologischen Sinn nach sorgt z.B. ein Koronar-Ulcus dafür, daß in der konfliktaktiven Phase die Koronararterien aufgedehnt werden, wodurch mehr Blut durch die Koronararterien fließen kann und die Kraft und Ausdauer des Individuums heraufgesetzt ist. Eine Vermehrung der Brustdrüsenzellen z.B. dient dazu, dem Kind mehr Milch anzubieten um die Wiedergesundung des verunfallten Kindes z.B. zu beschleunigen.

B. Konflikt-gelöste Phase (pcl-Phase):
Es wird die Reparatur der Krebsgeschwulst durch mikrobiellen Abbau oder der Krebsnekrose durch mikrobiellen Aufbau in Angriff genommen, (siehe Tabelle und Schema des ontogenetischen Systems der Tumoren und Krebsäquivalente). Immer finden wir sowohl im Gehirn als auch am Organ das Oedem als Zeichen der Heilung.

Im nachfolgenden sollen eine Reihe von Schemata und eine Reihe typischer HAMERscher HERDE in verschiedenen Phasen gezeigt werden, um meine Ausführungen anhand von Beispielen zu belegen.

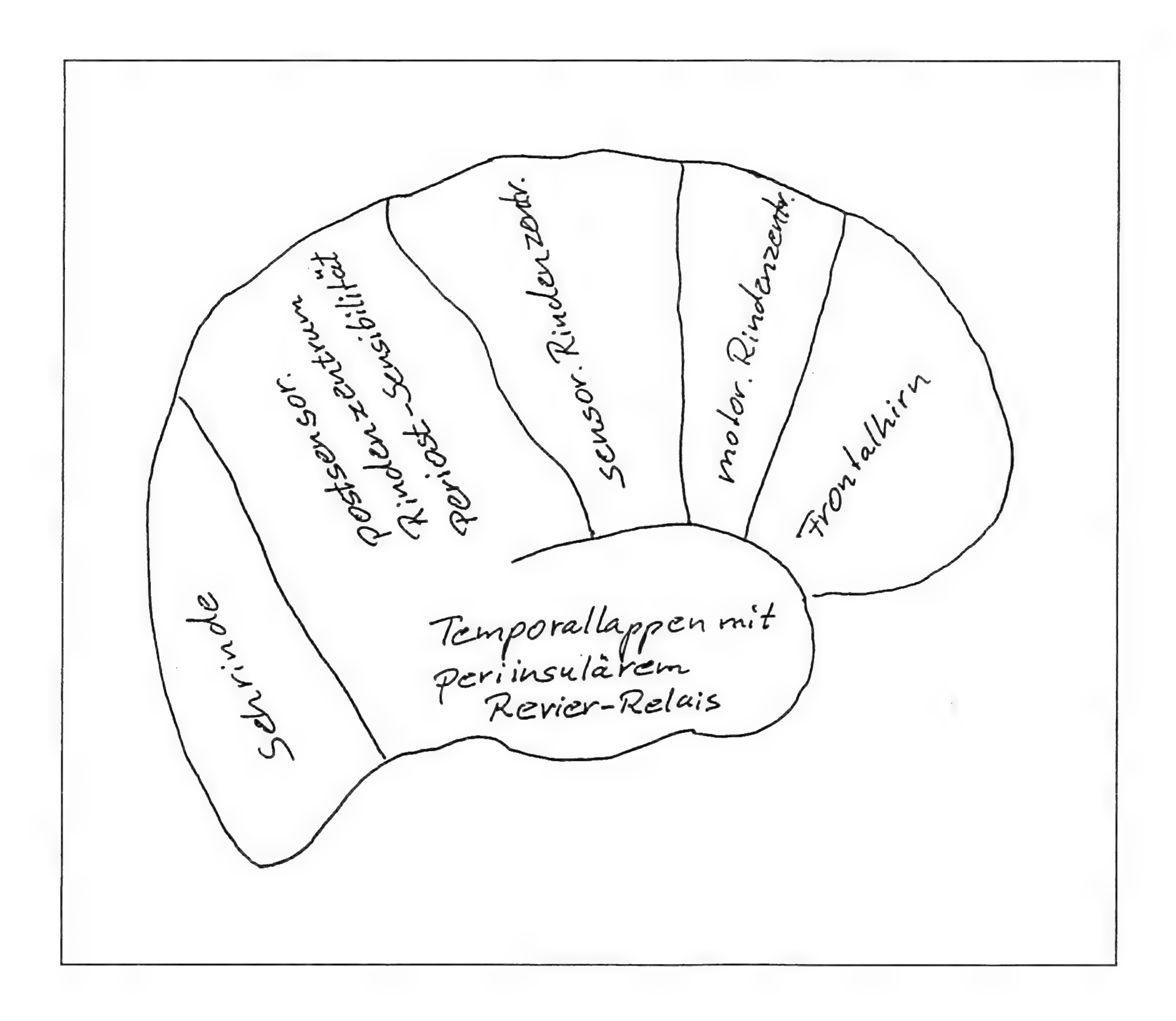


Das Hirn von der linken Seite aus gesehen, und zwar so, als wenn die Hirnsubstanz quasi durchsichtig wäre und man durch die Hirnsubstanz die Hirnventrikel oder Hirnkammern sehen könnte. Wir sehen im Zentrum die beiden Seitenventrikel , die miteinander in Kommunikation stehen durch den 3. Ventrikel, den wir darunter sehen. Vom 3. Ventrikel kann der Liquor cerebrospinalis abfließen durch den Aquädukt in den 4. Ventrikel, den wir unten in Höhen des unteren Pons und der oberen Medulla oblongata sehen.

Die Seitenventrikel bestehen aus den Vorderhörnern (frontal), den Hinterhörnern (occipital) und den Unter- oder Temporalhörnern, die rechts und links außen in die Temporallappen verlaufen.

Das ganze Ventrikelsystem ist in Kommunikation. In den Plexus chorioidei der Ventrikel wird der Liquor cerebrospinalis produziert. Dieser Liquor fließt durch den Aquäduct in den Rückenmarkskanal.

Wird durch eine Kompression im Mittelhirn oder in der Brücke (Stammhirn) der Aquäduct komprimiert, dann staut sich der Liquor im Ventrikelsystem des 1. bis 3. Ventrikels und wir finden einen sog. Hydrocephalus internus. Macht ein HAMERscher HERD im Großhirn während der Heilphase eine Raumforderung, dann imprimiert sich gewöhnlich nur der benachbarte Seitenventrikel. Bei der kindlichen Leukämie ist oftmals das gesamte Ventrikelsystem der ersten drei Ventrikel so sehr komprimiert (durch das generalisierte Markoedem), daß wir die Ventrikel im Hirn-CT nur noch mit großer Mühe erkennen können.

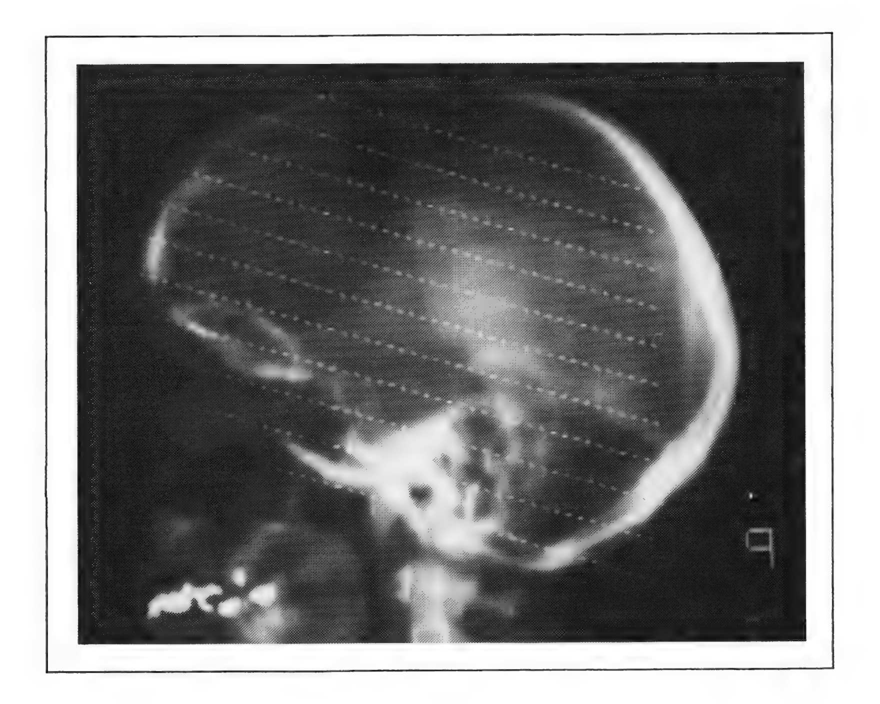


Das obige Bild gibt die derzeit international gebräuchlichen sog. Zonen der Hirnwindungen an, die als sog. Hirnlappen fließende Übergänge haben. Hier die Hirnrinde von der rechten Seite aus gesehen.

Die linke Seite enthält bei Links- und Rechtshändern stets die Relais für:
Schilddrüsenausführungsgänge, Kehlkopf, Gebärmuttermund- und -hals, Scheide, Rectum, weibliche Blase.

Die rechte Seite enthält bei Links- und Rechtshändern stets die Relais für Kiemenbogengänge, Bronchien, Koronararterien, Magenschleimhaut der kleine Curvatur, Bulbus duodeni, Leber-Gallengänge, Pankreasgänge und männliche Blase.

Unser Gehirn



Mit den modernen Untersuchungsmethoden, z.B. des Computertomogramms, können wir quasi in das menschliche Gehirn hineinschauen, indem wir das Gehirn schichtweise untersuchen.
Man kann beliebige Schichten einstellen und photographieren, meist waagerechte und senkrechte. Das obige Bild zeigt die Standard-Schichten, die nahezu parallel zur Schädelbasis verlaufen.
Aus diesen verschiedenen Schichten erhält man eine Serie von Photos, die die verschiedenen Hirnteile und etwaigen HAMERschen HERDE zeigen.

Die Links-und Rechtshändigkeit -der Klatschtest:



linke Hand oben = Linkshänder



rechte Hand oben = Rechtshänder

Der Klatschtest ist die einfachste Möglichkeit zur Prüfung von Rechts- und Linkshändigkeit. Er gehört vor die Auswertung eines jeden Hirn-CTs. Die oben liegende Hand ist die führende und entscheidet die "Händigkeit".
Im einzelnen bedeutet das Folgendes:

a. Stammhirn: Die tiefen Teile des Pons sind unpaarig von der Funktion, nicht von der Anatomie her. D.h. die Abfolge der Konflikte des Magen-Darm-Traktes (Mund, Speiseröhre, Alveolen, Magen, Leber, Pankreas, Dünndarm, Dickdarm, Mastdarm, Harnblase (Trigonum-Anteil) und Eileiter) erfolgt von medial-dorsal nach rechts-lateral, nach medial-ventral, nach links-lateral und nach medial-dorsal (s. Stammhirn-Schema, Kap.7) entgegengesetzt dem Uhrzeigersinn.
Aber schon die Übergangszonen (Kleinhirnbrückenwinkel) zeigen Paarigkeit (z.B. Akustikuskern). Die Akustikuskerne versorgen das Mittelohr, im biologischen Konfliktfall "Ich habe den "Hörbrocken" d.h. die Information nicht mitbekommen", sind aber zum Organ nicht gekreuzt.

Auch die im Mittelhirn gelegenene Relais, bis zum ins Marklager des Großhirns angrenzenden Nierenparenchymrelais, sind zwar paarig, aber nicht gekreuzt vom Gehirn zum Organ.

b. Vom Kleinhirn an bekommt die Rechts- und Linkshändigkeit Bedeutung. Daher gilt für alle Relais des Kleinhirns und des gesamten Großhirns, daß die Korrelation vom Gehirn zum Organ gekreuzt ist. Trotzdem unterscheiden sich Kleinhirn und Großhirn nochmals voneinander, obwohl für beide in gleicher Weise die Händigkeit gilt.

Im Kleinhirn schlagen die Konflikte streng nach Zugehörigkeit des Konfliktinhalts in Bezug zum Organ ein. D.H. Die Kleinhirnseiten sind jeweils konfliktthematisch gebunden. Ein Mutter-Kind-Sorge-Konflikt schlägt bei einer Rechtshänderin immer rechts lateral im Kleinhirn ein, was die Brustdrüsen der linken Brust betrifft. Erleidet die Patientin einen weiteren Mutter-Kind-Sorge-Konflikt wegen eines anderen Kindes oder einen Tochter-Mutter-Sorge-Konflikt für ihre Mutter, dann schlagen auch diese beiden Konflikte noch in das gleiche Kleinhirnrelais als HAMERSCHE HERDE ein. Auch wenn sie zwei weitere Attacke-Konflikte gegen die linke Bauch- oder Brustseite (Peritoneal- und Pleura-Mesotheliom) erleidet, schlägt alles auf die rechte

Kleinhirnseite, die dann fünf aktive HAMERsche HERDE in Schießscheibenkonfiguration aufweisen würde, links dagegen keinen einzigen.

Wenn zwei Konflikte auf zwei verschiedenen Kleinhirnhemisphären eingeschlagen sind, dann sprechen wir von "Kleinhirn-schizophrener-Konstellation". Damit verbunden ist eine schwere Störung der Emotionalität in paranoid-wahnhafter Weise, ohne daß das formal-logische Denkvermögen beeinträchtigt wäre. Z.B.:"Ich bin wie ausgebrannt, ich fühle mich völlig leer, habe keine Gefühle mehr."

c. So etwas wäre im Marklagerbereich auch noch möglich. Konfliktinhalt und Organbezug sind hier immer "ein-eindeutig", d.h. konfliktthematisch gebunden.

d. Bei den corticalen Großhirnrelais ist dies nur bei einer Ausnahme möglich: Dem ductalen Milchgangs-Ulcus-Ca, das hinsichtlich der Seitigkeit und Händigkeit fest an das Kleinhirnrelais für die Brustdrüsen angekoppelt ist.

Hier kommt nämlich ein ganz neues Moment ins Spiel: Bei den corticalen Großhirn-gesteuerten Konflikten ist der Bezug vom Hirnrelais zum Organ nicht mehr eindeutig wie im Kleinhirn; da die Organe nur teilweise paarig angeordnet sind, entscheidet die Links- und Rechtshändigkeit **und** die augenblickliche Konfliktsituation, welches Relais im Gehirn jetzt zum HH werden kann und welches Organ dann betroffen ist. Der Bezug vom Gehirn zum Organ, der ist allerdings immer eindeutig. Also:

Erleidet eine linkshändige Frau einen Identitätskonflikt, so schlägt der HH auf der rechten Großhirnhemisphäre (temporal) ein und wird auf organischer Ebene zum Magen- oder Gallengangs-Ulcus. Erleidet sie aber danach noch einen weiteren Identitätskonflikt in einer neuen Sache, dann kann sie auf der rechten Großhirnhemisphäre cortical nicht mehr reagieren, sondern sie erleidet diesen zweiten Identitätskonflikt links-temporal und auf organischer Ebene findet man Rectum-Ulcera, die in der pcl-Phase zu Hämorrhoiden werden, wenn die Ulcera in Afternähe gelegen waren. Solange beide Konflikte (rechts- und linkscortical) aktiv sind, ist die Patientin in schizophrener Konstellation. Die Fragen, wie ein Konflikt empfunden wird, (männlich oder weiblich) und wo er dann im Gehirn einschlägt, hängen nicht nur von der aktuellen Hormonlage ab (Postmenopause, Schwangerschaft, Antibabypille, Ovarialnekrose etc.), sondern auch von der Händigkeit des Patienten. Genauso ändern sich die Konflikte, bzw. können ihres Konfliktinhalts beraubt werden, wenn sich die Vorbedingungen (aktuelle Konfliktkonstellation, Hormonlage etc.) geändert haben. Sie können dann "springen", d.h. aus einem Rectum-Ulcus kann ein Magen-Ulcus werden und umgekehrt.

Der Bezug zwischen Hirn und Organ ist jedoch in jedem Fall eindeutig, d.h. wenn ein Konflikt einmal eingeschlagen hat, dann ist das ganz bestimmte zugehörige Organ betroffen - solange der Konflikt aktiv bleibt und nicht "übergesprungen" ist auf die andere Hemisphäre bei Änderung der hormonalen und konfliktiven Vorkonstellation.

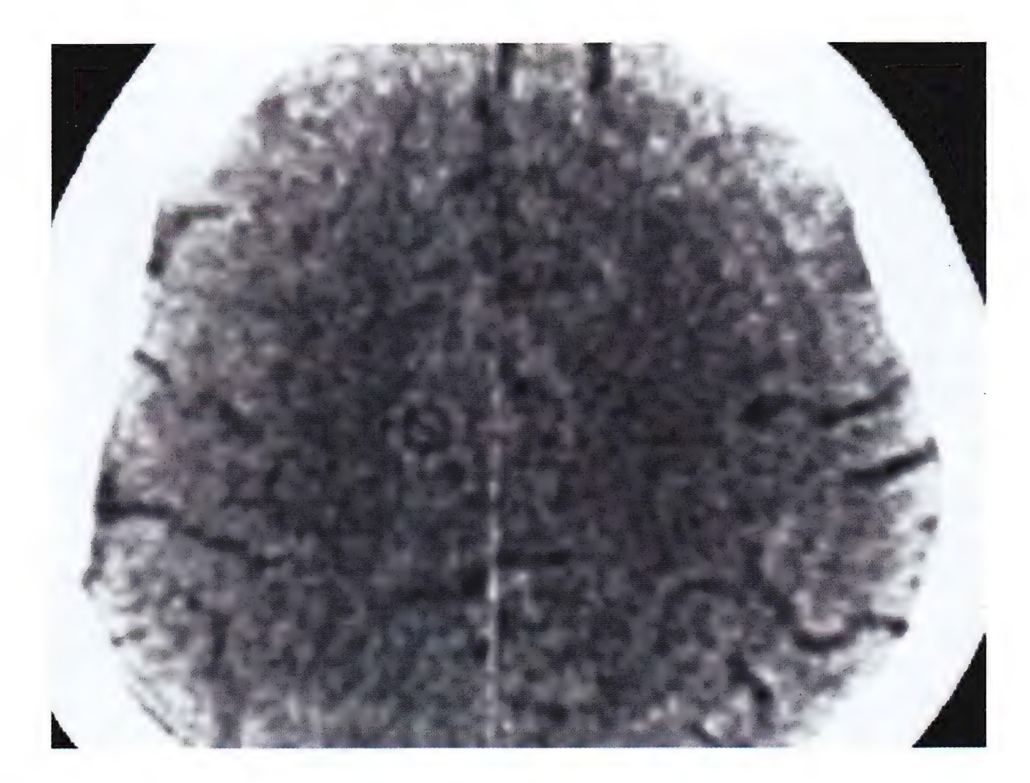


Abb. 1
Typische Schießscheibenkonfiguration eines HHs, d.h. ca-Phase im sensorischen Rindenzentrum mit dem Zentrum links paramdedian liegend. Es betrifft eine sensorische Lähmung des rechten Beins und (etwas weniger) auch des rechten Arms. Die Tatsache, daß die Schießscheibenringe auch auf die rechte Hirnseite hinüberreichen, sowie ins motorische Rindenzentrum und ins postsensorische (Periost betreffend) zeigt uns, daß auch die Sensibilität der linken Körperhälfte, sowie Motorik und Periostsensibilität bds. mitbetroffen sind.

s104 abb.2

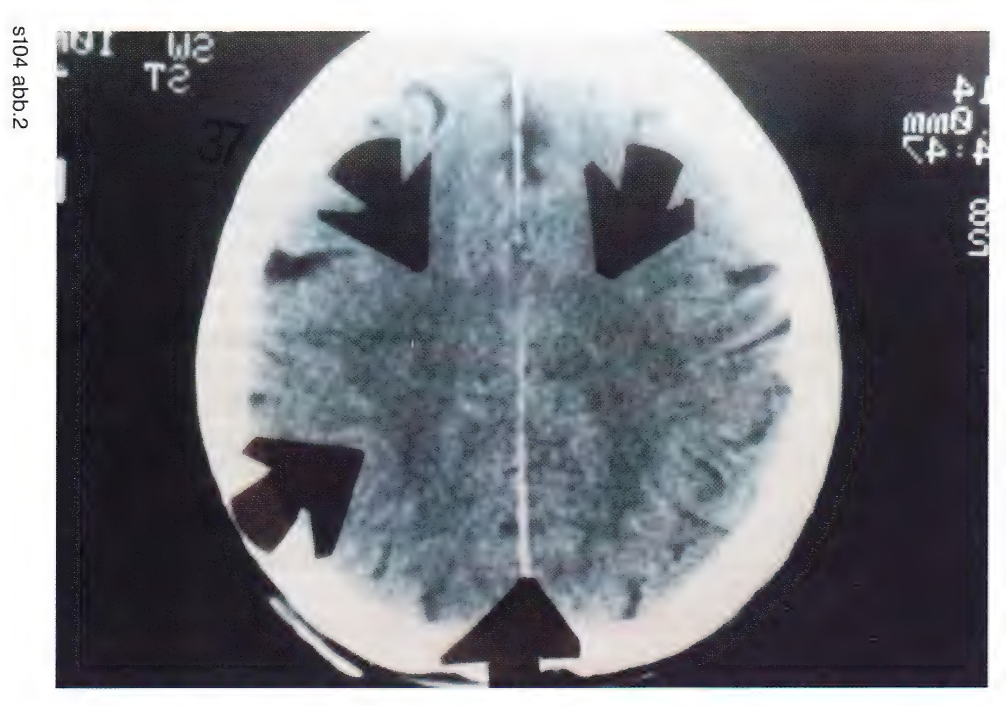
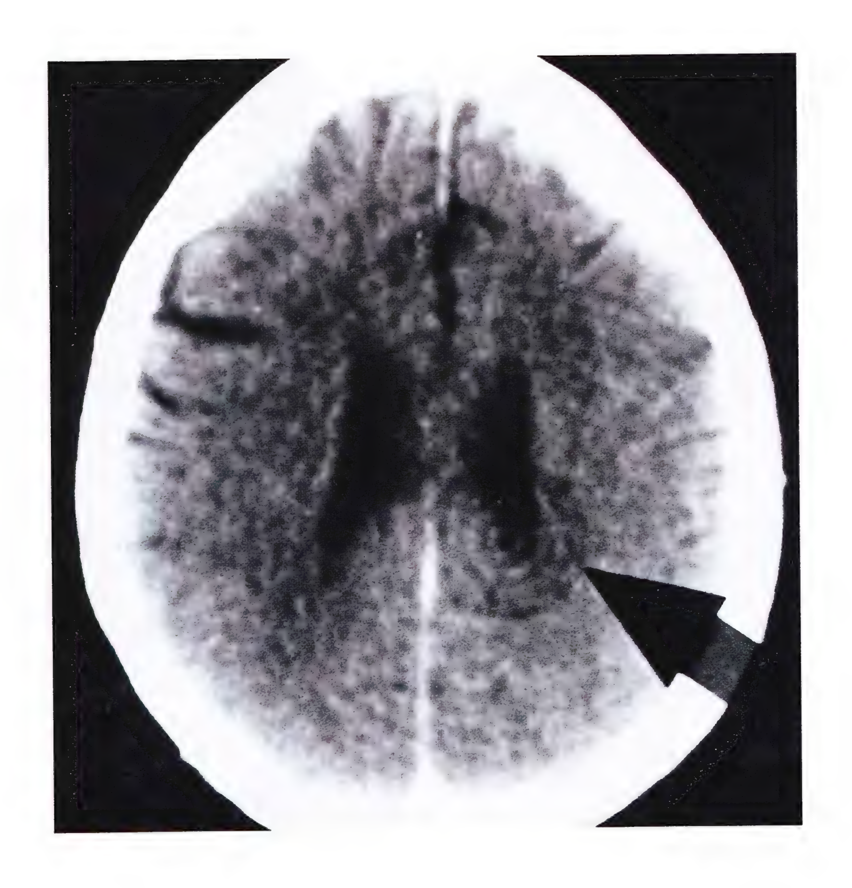


Abb. 2:
HH zentral im postsensorischen (für das Periost zuständige) Rindenzentrum in der pcl-Phase (Heilungsphase). Die Schießscheibenringe sind oedematisiert.



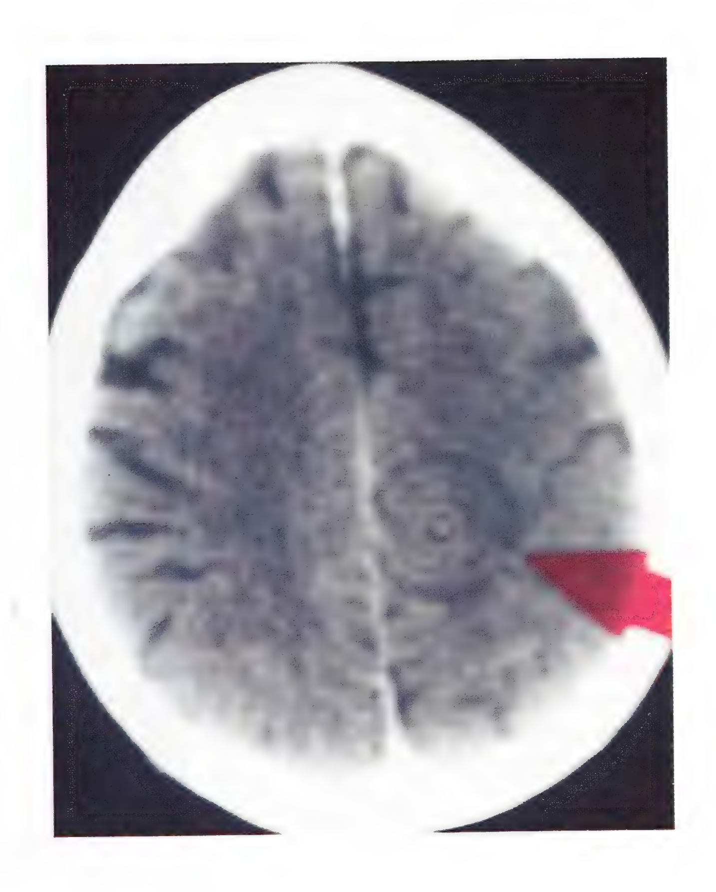
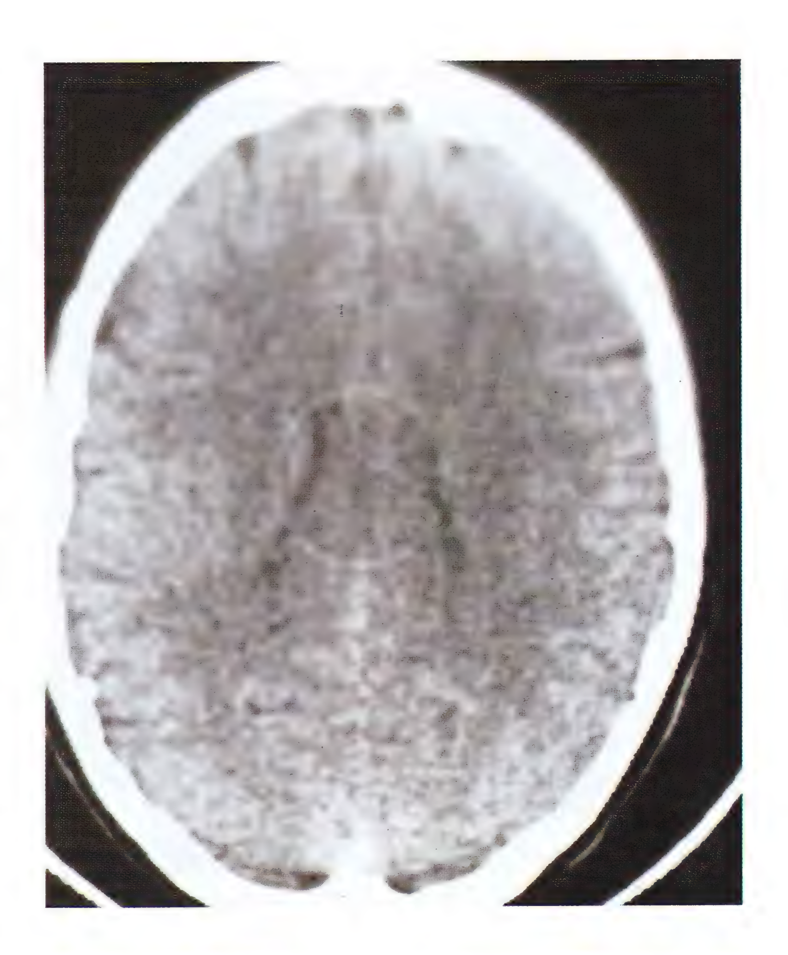


Abb. 3 u. 3a: Gleicher Pat., gleiche CT-Serie, verschiedene Schichten.
HH in der Ca-Phase, der sich z.T. ins Marklager projeziert, aber zum postsensorischen Rindenzentrum gehört (schmerzhafter Trennungskonflikt das linke Bein (Periost) betreffend). Wir sehen schon einen Ring in Lösung gehend, also offenbar gerade während der CL getroffen.

Abb. 4: CCT v. 7.5.1990 - Abb. 5: CCT vom 3.7.1990

CCT vom 7.5.90. Einen 60-jährige Patientin, Gattin eines Universitätsrektors, der sie vor 15 Jahren verließ. Aus religiösen Gründen war eine Scheidung nicht möglich. Vor fünf Jahren lernte die Pat. einen neuen Mann kennen, der aber noch nicht geschieden war. 1989 ließ sich der Freund scheiden. Aber die Pat. konnte sich nicht entschließen, sich scheiden zu lassen und ihn zu heiraten. In diesem Moment zog der Freund zu einer anderen Frau. Die Pat. erlitt ein DHS des Den-Freund-nicht-festhalten-könnens und einen Trennungs-Konflikt, weil der Freund ihr aus den Händen glitt. Die Pat. erlitt eine motorische und sensorische Teillähmung beider Hände mit fast völliger motorischer Lähmung des rechten Daumens. Man vermutete eine MS. In dieser Situation kam die Tochter, eine Dozentin für Neurologie, zu mir und erbat meinen Rat. Aufgrund des mitgebrachten CCTs konnten wir den Fall rasch rekonstruieren. Sie therapierte die Mutter, indem sie mit ihr über die Angelegenheit ausführlich sprach. Wirklich ging auch die Lähmung wieder zurück. Die Mutter erlitt den obligaten epileptischen Anfall. Dann aber ereignete sich folgendes: Die Pat.erfuhr, daß die neue Freundin ihres Ex-Freundes "keine Dame" sei und daß der Freund schon mit ihr eine Beziehung hatte, während er noch mit der Pat. intim befreundet war. Daraufhin erlitt die Pat. ein DHS des Sich-Sträubens und des Angst-Ekels (Linkshänderin) mit dem Zentrum im Glukagonrelais (Unterzuckerung überwiegt). Während wir in Abb. 4 noch die scharfe Ringformation als Zeichen des aktiven Konflikts der motorischen und sensorischen Lähmung sehen können, ist dieser Konflikt auf der Aufnahme zwei Monate später gelöst. Dafür aber sehen wir eine neue aktive Schießscheibenkonfiguration entsprechendem zu diesem Zeitpunkt noch aktiven Konflikt des Sich-im-Nachhineinnoch Sträuben-und-Ekelns im Zuckerrelais. Dieser zweite Konflikt könnte durch intensive Gespräche ebenfalls gelöst werden.



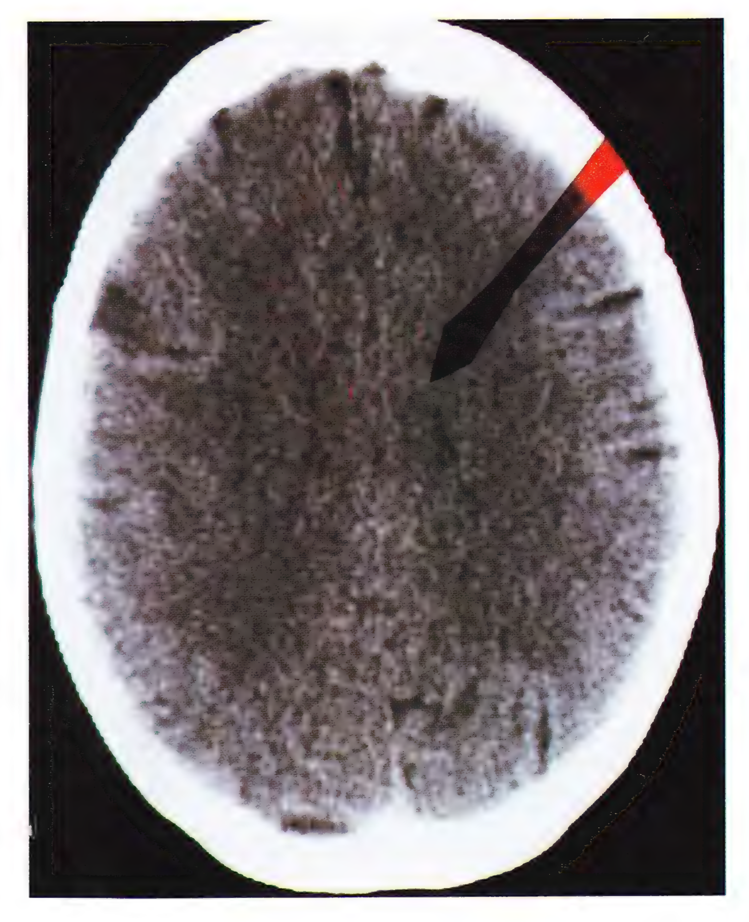
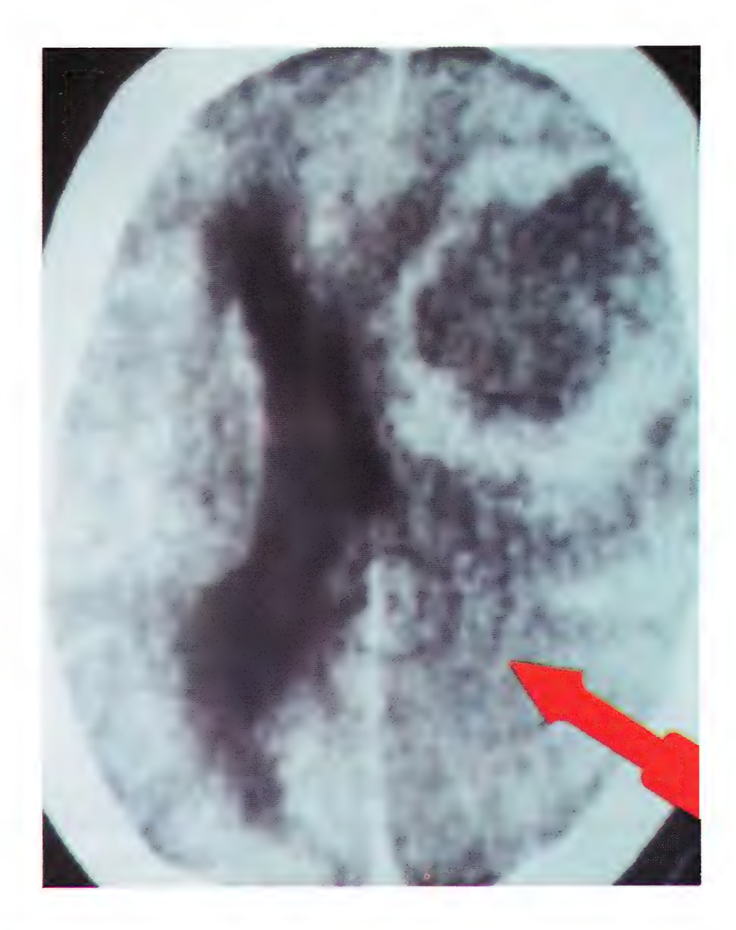


Abb. 6:
HH für großen gelösten Revierangstkonflikt (Bronchial-Ca) einer alten Patientin. Dazu Zentralkonflikt im postsensorischen Rindenzentrum in der ca-Phase. Schwester der Pat. kam ins Krankenhaus und sagte ihr, sie habe die Mutter im Traum in einem weißen Kleid gesehen. Sie habe gesagt, sie wolle die Tochter (Pat.) bald holen.



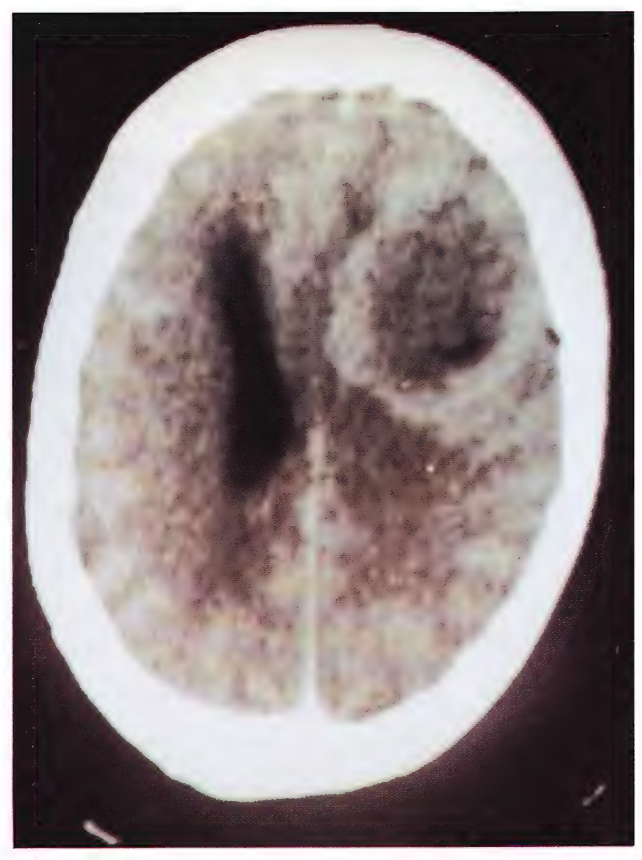
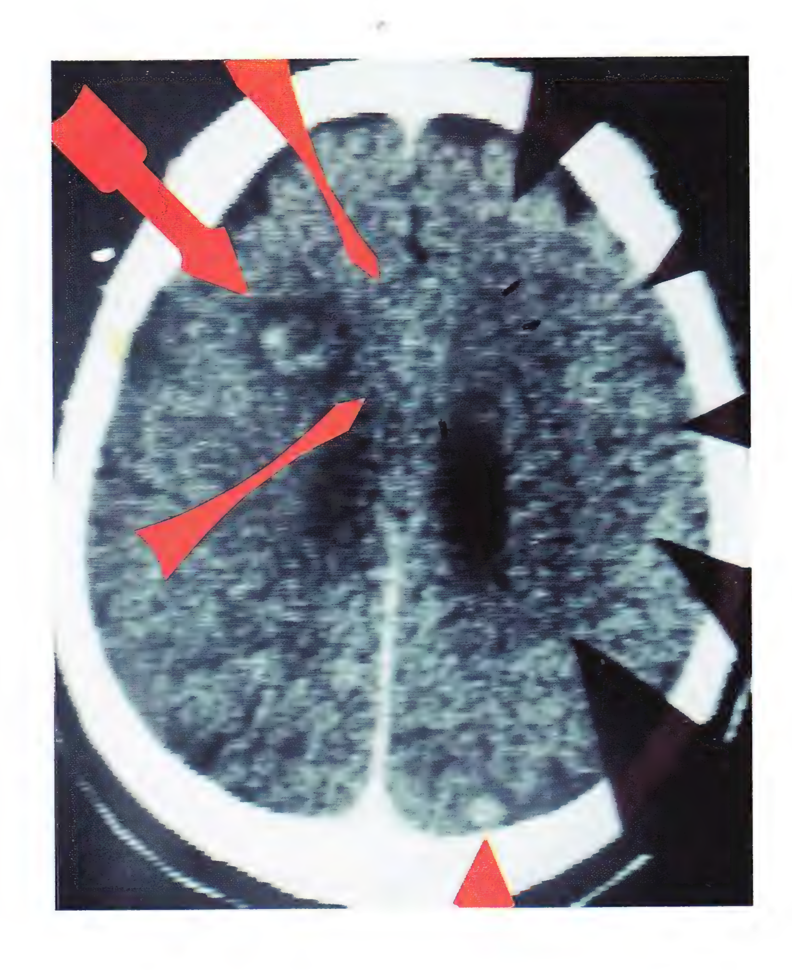


Abb. 6a:
gleiche Pat. wie vorherige Abb., HHe jedoch auf einer höheren Schicht.

Abb. 7:
HH rechts halbkreisförmig für motorischen Konflikt in der pcl-Phase. Daneben (schlanke Pfeile) ein HH in der Ca-Pase zentral im Zuckerrelais. Weiter ein schon weitgehend abgeheilter HH links, die rechte Schulter betreffend (Osteosarkom bei Selbstwerteinbruch-Konflikt im Partner-Verhältnis) und ein fast völlig geheilter HH in der rechten Sehrinde (Angst-im-Nacken-Konflikt).



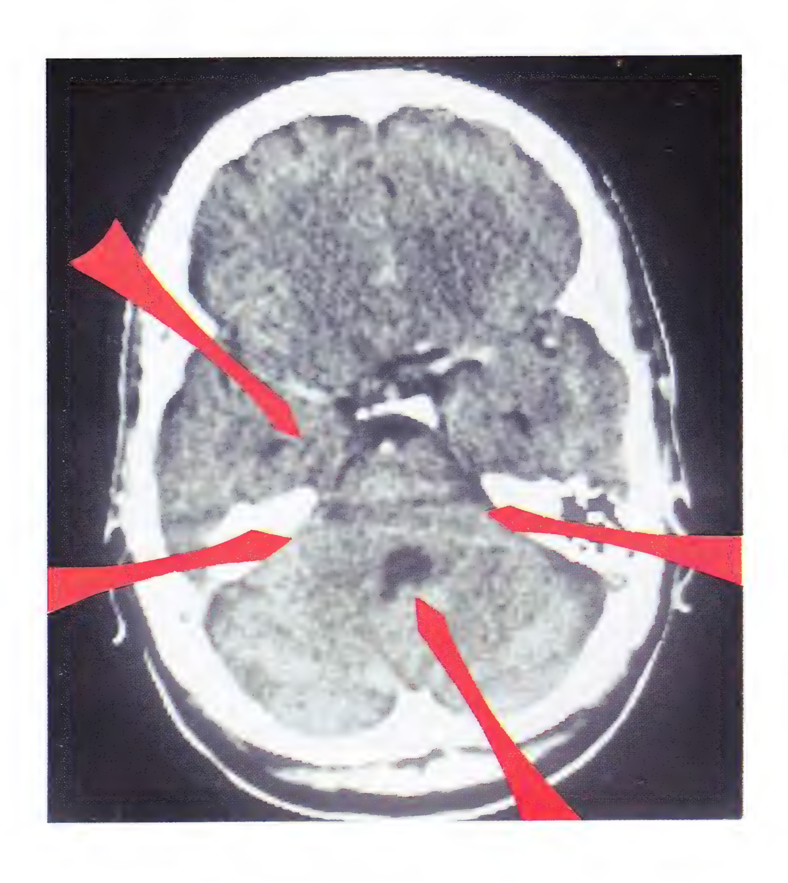


Abb. 8 u. 9
gleiche Patientin

Abb. 8:
zwei verschiedene aktive HHe in scharfer Schießscheibenkonfiguration. Die Pfeile weisen auf das Dünndarm-Relais entsprechend einem unverdaulichen Ärger.

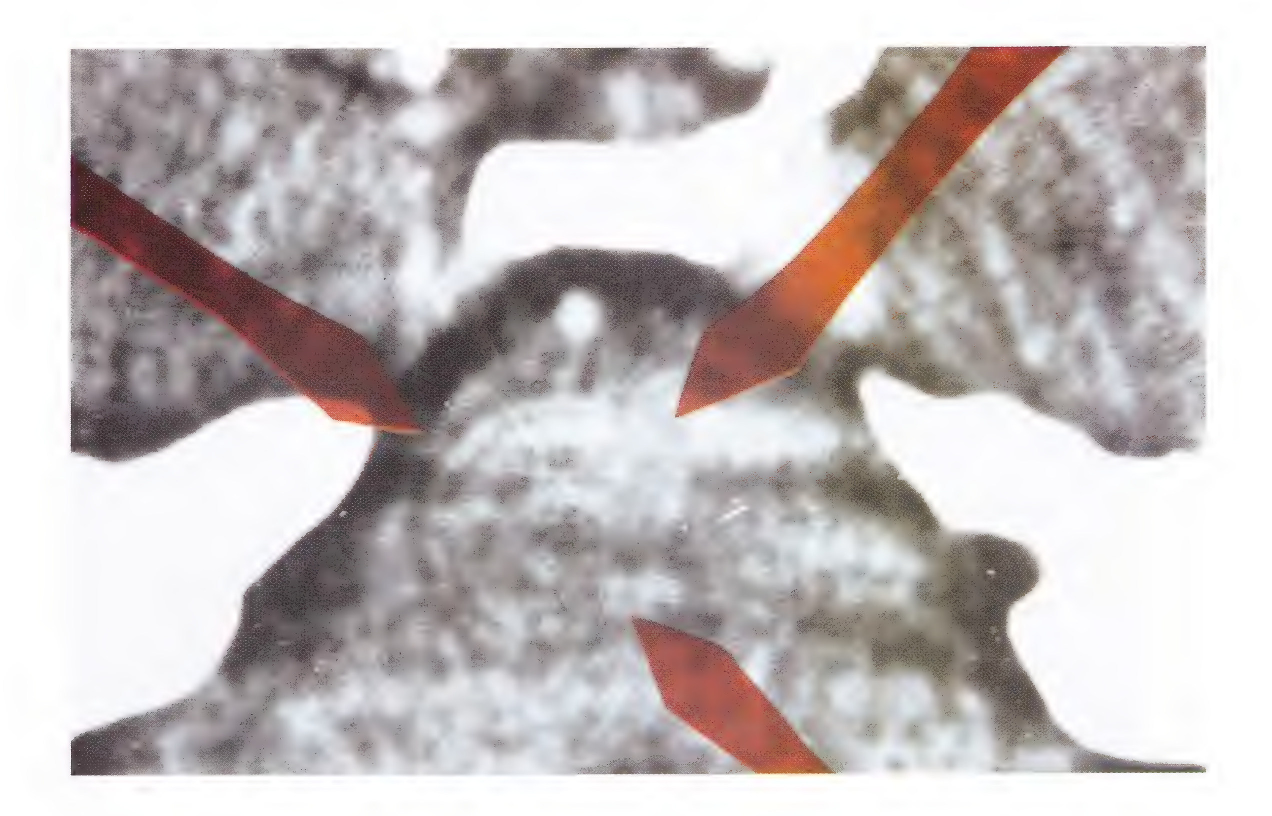


Abb. 9:
Eine tiefere Schicht. Schießscheibenkonfiguration (gleiche Serie) aber mit anderem Mittelpunkt, nämlich im Tuben und Urin-Blasen-Relais. Konflikt: Die Pat. hatte ihr Pferd falsch gelenkt und einen anderen Reiter gegen die Bande gequetscht und schwer verletzt. Er beschimpfte sie wüst mit übelsten Vokabeln (Tuben-Ca), unmittelbar darauf wurden hohe Kosten fällig (unverdaulicher Ärger), da der Mann lange im Krankenhaus liegen mußte

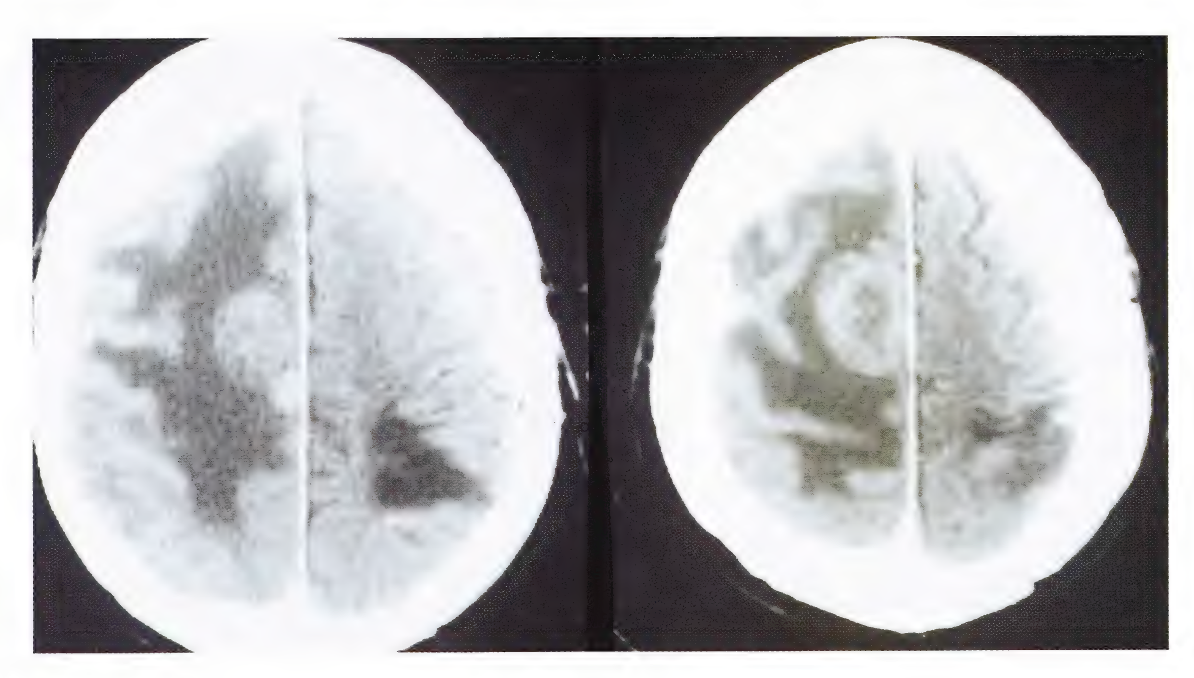


Abb. 10:
Gelöster HH (pcl-Phase) im sensorischen Rindenzentrum links. Perifocales Oedem und Marklageroedem.

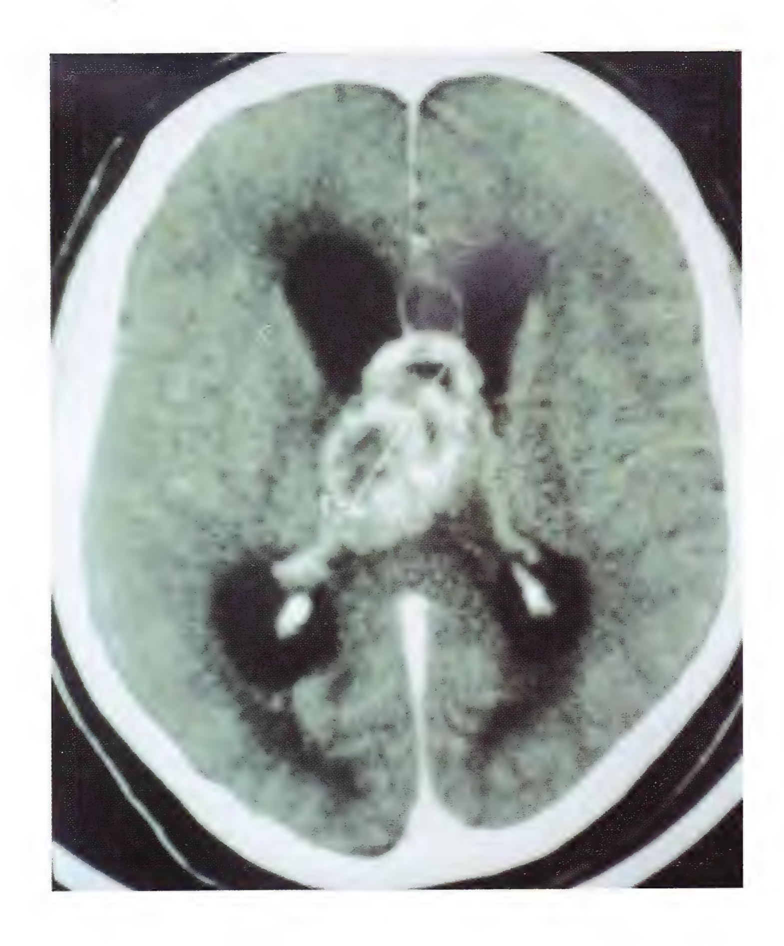


Abb. 11:
Mit Glia eingelagerte, ringförmige (in pcl-Phase) HHe im motorischen und sensorischen Rindenzentrum bei Pat., der mit der rechten Hand in die Kreissäge geriet und nicht wegkonnte.

(Abb. 12, 13 u. 14 gleicher Patient)

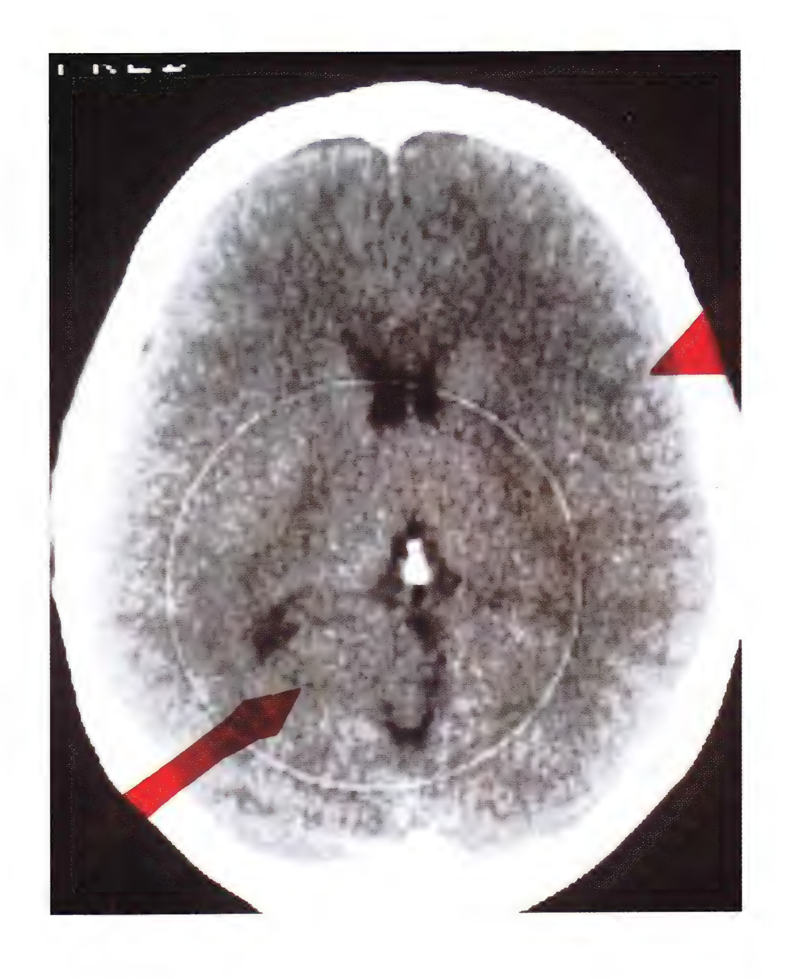


Abb. 12:
Der große, scharfe Ring ist ein Artefakt. Daneben sind zwei eindeutig noch in Ca-Phase befindliche schießscheibenförmige HHe zu sehen. Der rechte betrifft ein Herz-Koronar Ulcus (Revierkonflikt), der linke betrifft den rechten Hoden (Verlustkonflikt). Der Pat. hatte seine Mutter **unerwartet** verloren, an der er sehr hing. Man sieht, daß die rechte Schießscheibenkonfiguration noch sicher in der Ca-Phase ist. Die linke dagegen ist schon etwas geschwollen, ist also gerade dabei in Lösung zu gehen. Der Pat. hat dann später (Febr. 1993) einen Herzinfarkt erlitten auf dem Tiefpunkt der pcl-Phase.

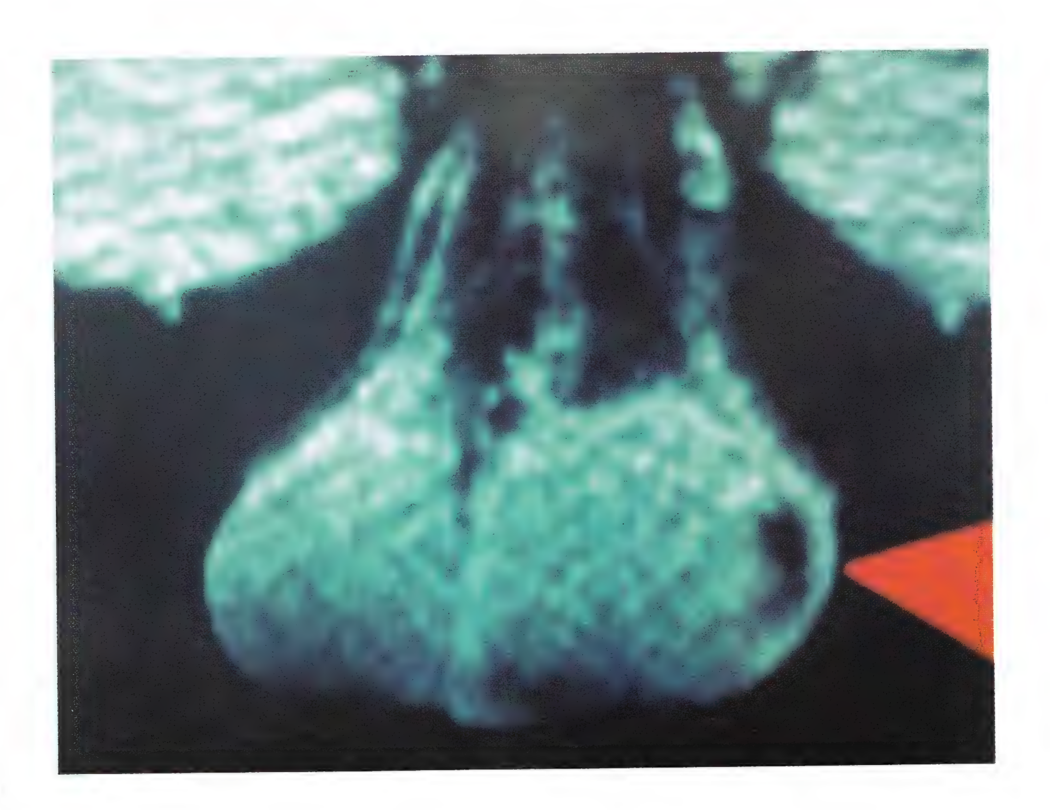


Abb. 13:
gleicher Pat. wie vorangegangene Abb. Hodennekrose des rechten Hodens.

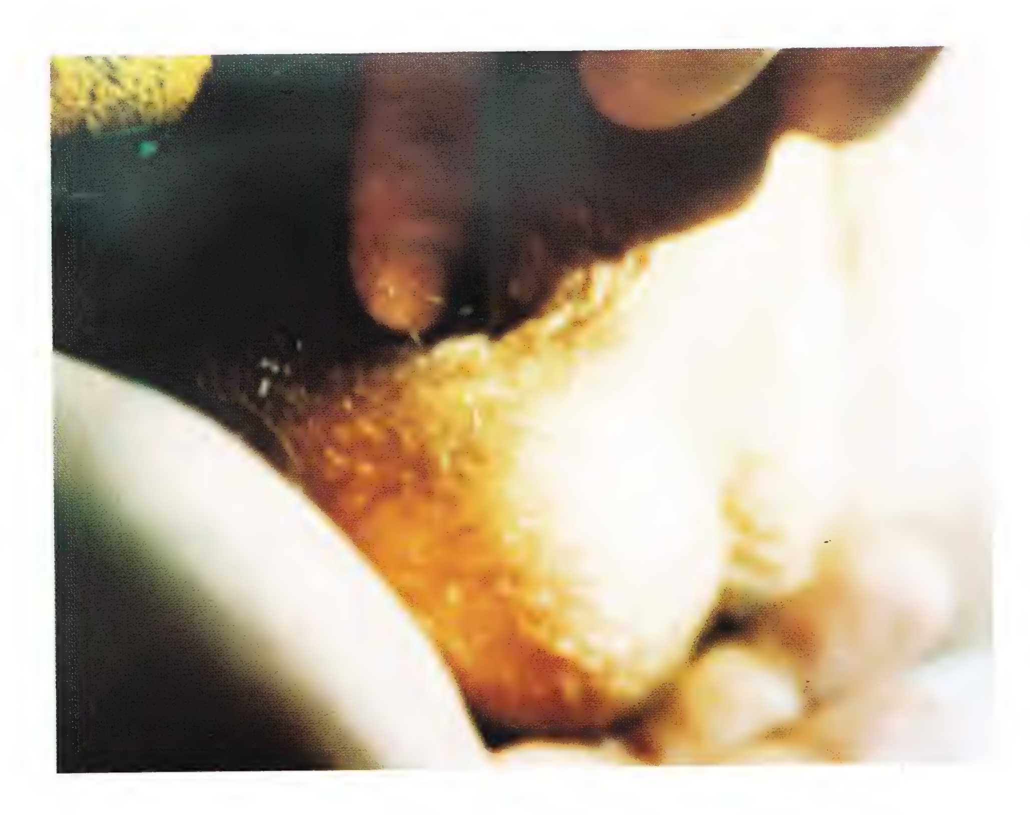


Abb. 14:
Am rechten Hoden ist äußerlich praktisch nichts zu sehen. Der Finger zeigt auf die Stelle der Nekrose.

Zentrum für Neue Medizin in Österreich

Leitung Dr. med. Ryke Geerd HAMER

Burgau,

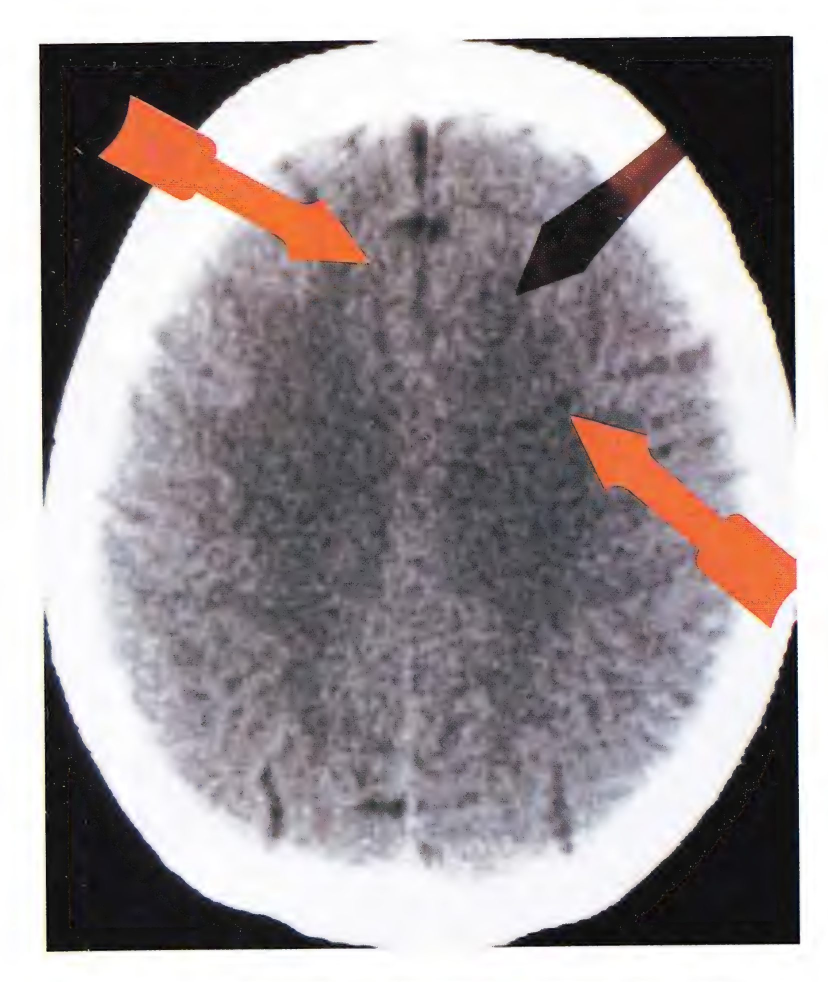
27. Januar 1993

Es wird bestätigt, daß bei Hr. [redacted] allein auf Grund des Hirn CT und Anamnese ohne daß der Pat außer einem leichten Ziehen im rechten Hoden über Beschwerden geklagt hätte, gezielt eine Nekrose im re Hoden gesucht und CT-mäßig gefunden bzw verifiziert worden ist. Entsprechend dem Hirn CT ergibt sich genau ein Mittelding zwischen Nekrose (=Aktivphase) und Wiederauffüllung der Nekrose (=Heilungsphase).

Dr. Mangl Willibald, Amtsarzt, Tulln

A-8291 BURGAU, Altes Schloss 1 Telefon 0043/3383/2040

Abb. 16:
25.1.90 Ca-Phase



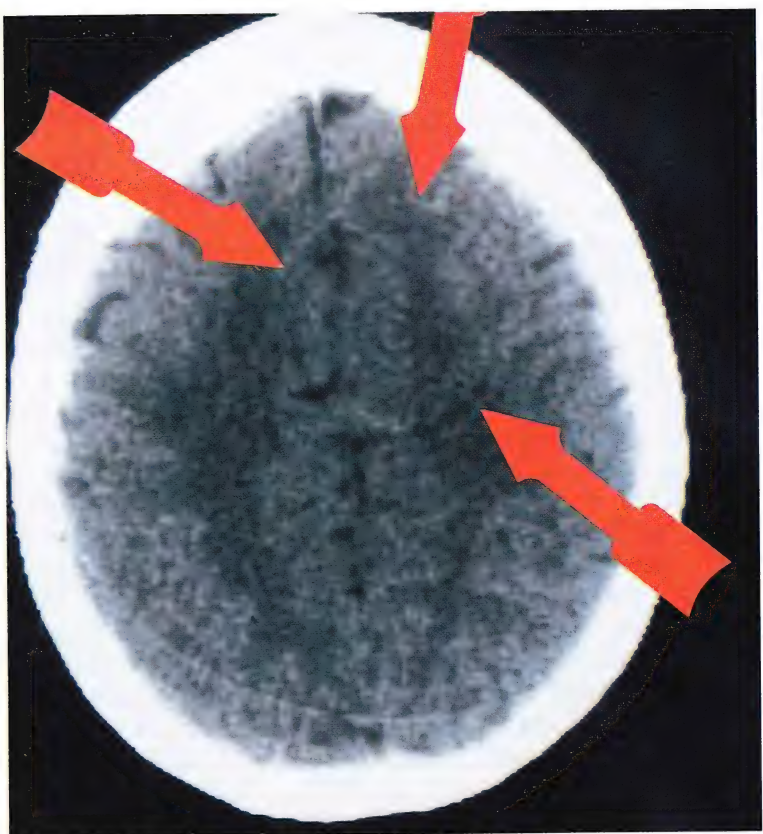


Abb. 17:
25.2.90 direkt nach CL

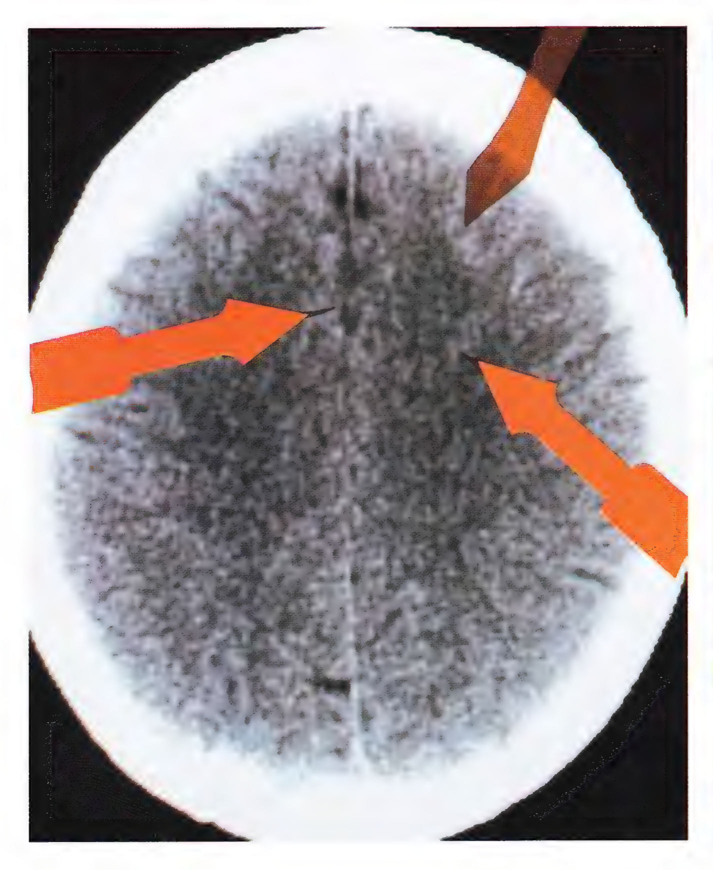


Abb. 18:
10.4.90 Ende der pcl-Phase



Abb. 19:
Foto der linkshändigen Pat.

Die drei vorherigen Abbildungen zeigen die Entwicklung eines HAMERschen HERDES.
Die Pat. ist, wie man sieht, Linkshänderin. Sie erkrankte an einer Teillähmung des linken Armes und des linken Beins, in geringerem Maße auch des rechten Arms.
DHS im Juni 1989: Die Pat. verlor, in unglücklicher Ehe verheiratet, einen sehr geliebten Freund, den sie - auf dramatische Weise - nicht in der Umarmung des linken Armes und des linken Beins (Linkshänderin!) (weniger der rechten Extremitäten) festhalten konnte (Partner Arm und Partner-Bein) und in geringerem Maße auch des rechten (Mutter-Kind)-Arms festhalten konnte.

Sie hatte sich von ihrem Freund ein Kind gewünscht, hatte schon gehofft, schwanger zu sein, darüber war es zum dramatischen Verlustereignis gekommen.

Auf der ersten CT-Aufnahme ist der Konflikt noch aktiv. Wir sehen die scharfen Kreise der Schießscheibenkonfiguration des HHs, sehen aber auch, daß die Ringe auf die linke Hemisphäre hinüberreichen (schwache Lähmung des rechten Arms). Das Zentrum ist rechts im motorischen Zentrum, betreffend die Motorik für die Partnerumarmung mit dem linken Arm (Linkshänderin!) und die intime Partnerumarmung mit dem linken Bein. Die Conflictolyse, die die von der Neuen Medizin begeisterte Hausärztin der Pat. mit dieser zusammen erarbeitete, gelang am 20.2.1990, knapp vier Wochen nach dem ersten Hirn-CT, das vom 25.1.1990 stammt.

In diesem zweiten CT, etwa von der gleichen Schicht, sehen wir, wie der HH gerade "aufbricht", d.h. die Ringe werden außen unregelmäßig und unvollständig, das Zentrum ist aber noch zu sehen.

Die letzte Aufnahme, ebenfalls etwa die gleiche Schicht, wenn auch nicht immer exakt der gleiche Neigungswinkel der Schichten,

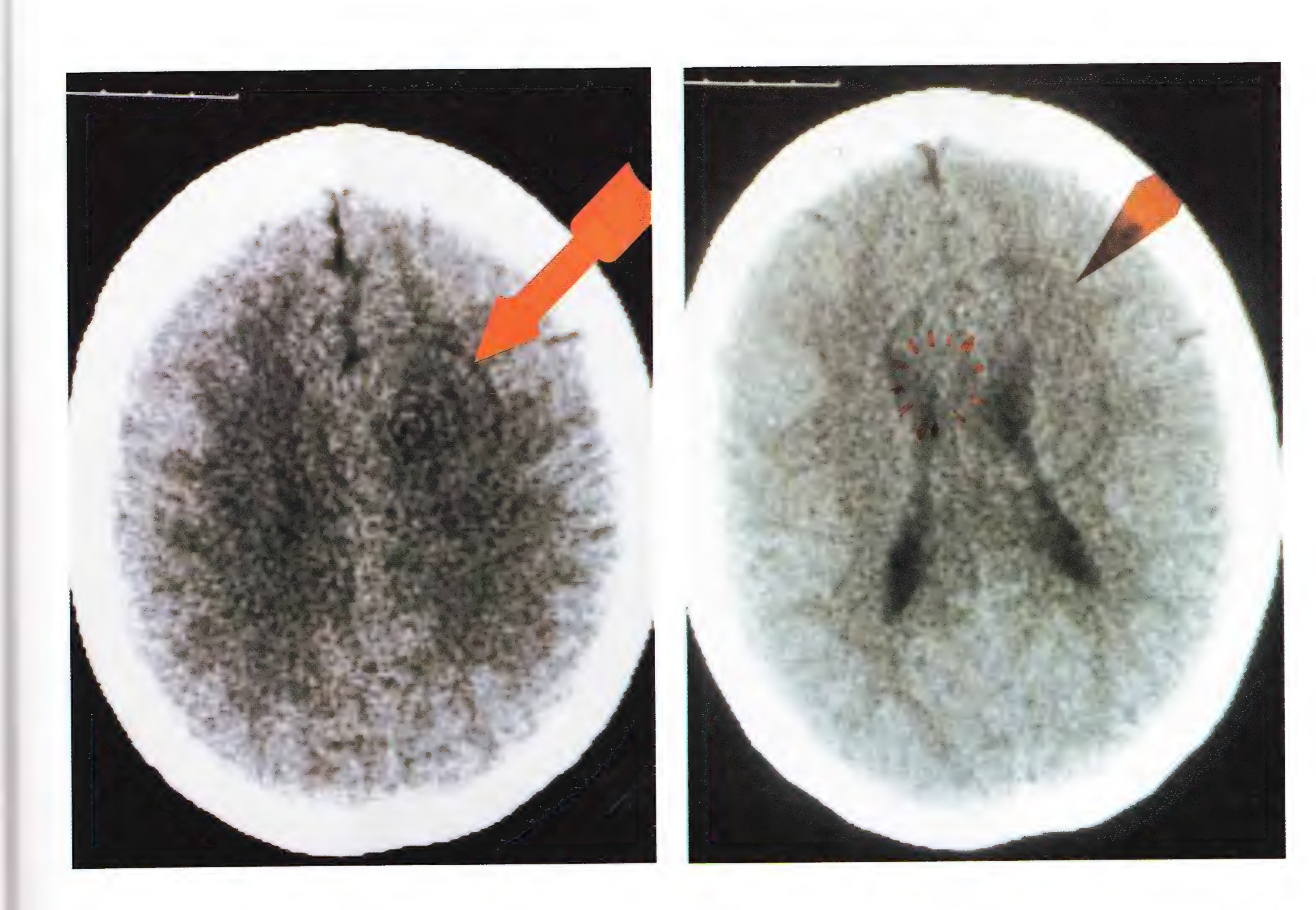


Abb. 20: Abb. 21:

wodurch der HH mal ein bißchen nach vorne oder nach hinten rutscht. Wir sehen, daß der HH bereits in (gliöse) Vernarbung übergegangen ist.

Zu erwähnen ist natürlich noch, daß am 10.3.1990 ein epileptischen Anfall (epileptische Krise) stattfand, der die Pat. jedoch nicht überraschte, da ihr ja die Regeln der Neuen Medizin durch ihre Hausärztin bestens bekannt gemacht worden waren.

Eigentlich war die Pat. zwischen Juli 1989 und Februar 1990 schon unter "MS"-Verdacht gelaufen. Aber dieser Unsinn konnte ihr zum Glück schnell ausgeredet werden: Die große Gefahr ist ja immer, daß die Pat. durch den Diagnose-Schock einen zweiten motorische Konflikt - hauptsächlich der Beine - erleiden, weil man ihnen sagt, sie würden möglicherweise zeitlebens an den

Rollstuhl gefesselt sein. Von diesem Konflikt kommen sie dann meist nie mehr los.

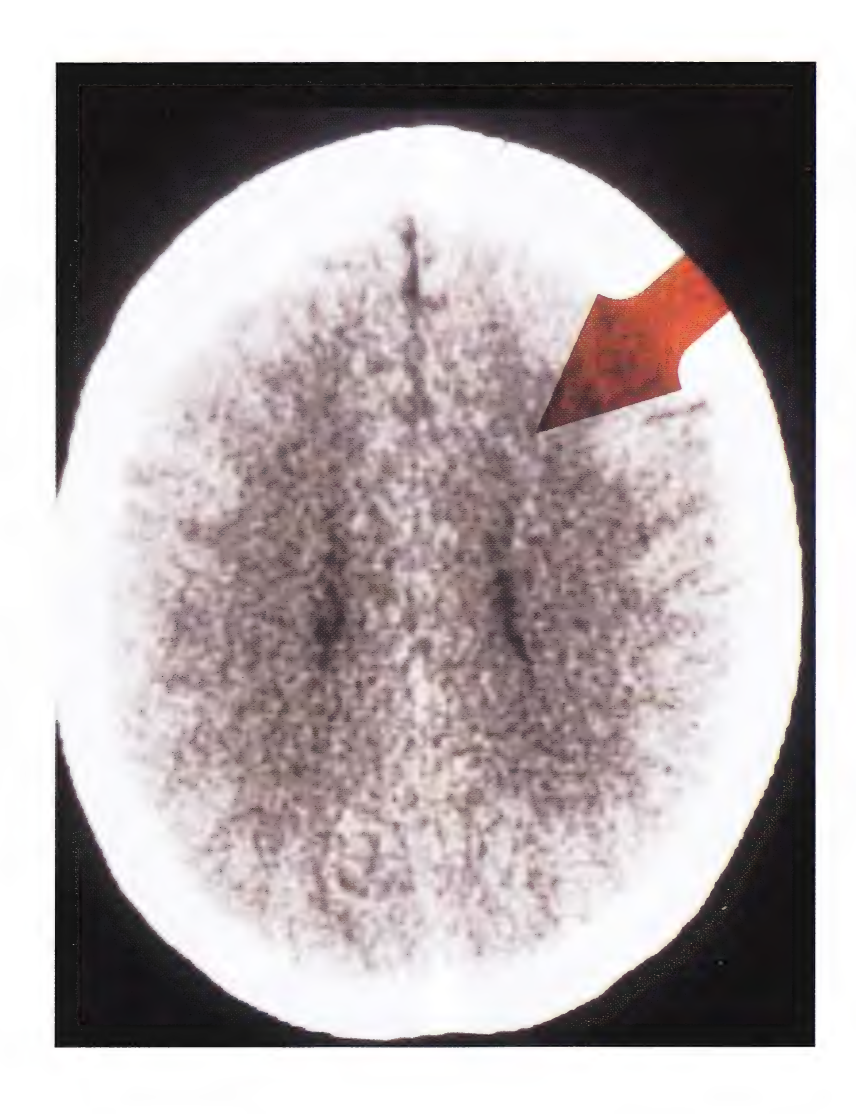
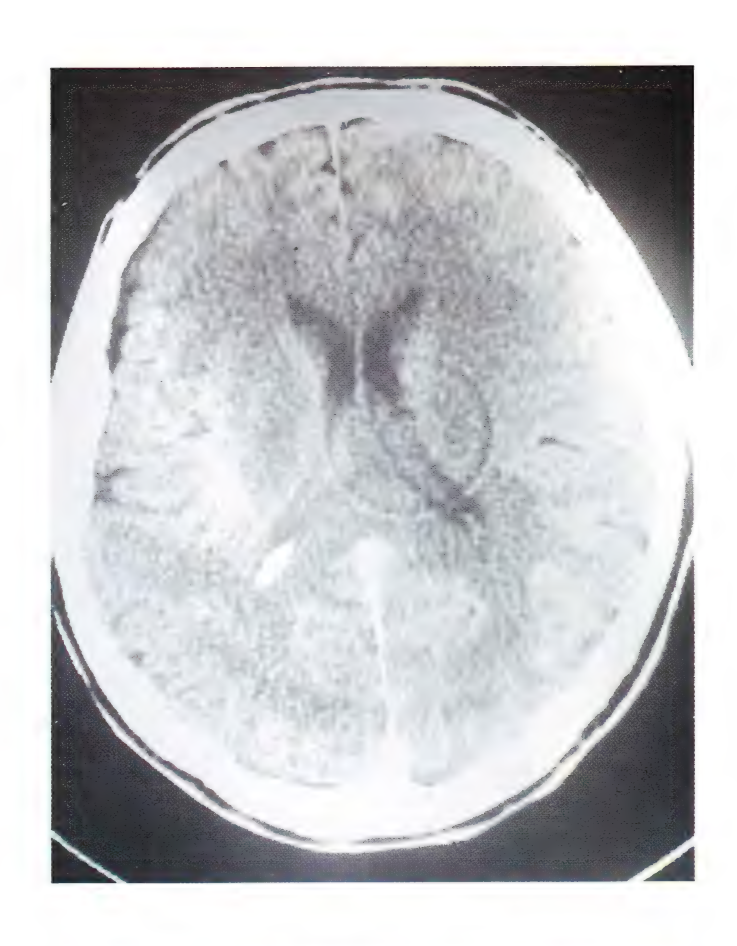


Abb. 22:
CT-Aufnahme vom 24.4.1990. Die gleiche Pat. drei Monate später. Man sieht, daß die Schießscheiben inzwischen leichte Stechapfelform" haben, d.h. der Höhepunkt der pcl-Oedemphase ist hier bereits vorbei.



Abb. 23:
Auf dem Bild sehen wir einen Pat., der demonstriert, daß das linke Bein teilgelähmt ist. Auf den Bildern Abb. 24 und Abb. 25 sehen wir eine Schießscheibnkonfiguration, die früher jeder Radiologe als selbstverständliches Artefakt angesehen hätte.



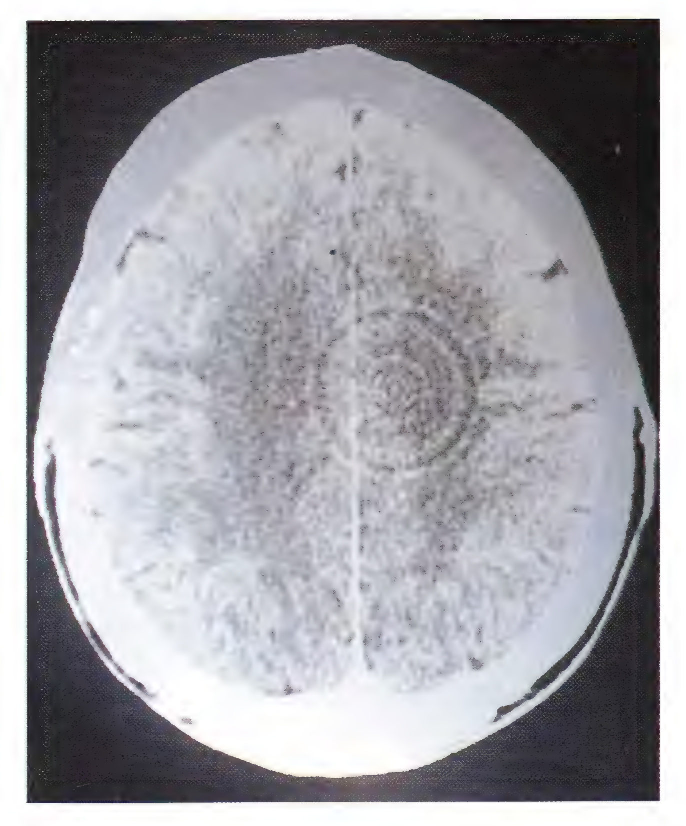


Abb. 24 und 25:
HH in aktiver Phase in scharfer Schießscheibenkonfigurati on entsprechend motorischer, sensorischer und periostsensorischer Teillähmung. Die Ehefrau des Pat. warf ihm nach einem Streit wütend den Ehering vor die Füße. Er sagt: "Ich stand wie angewurzelt und konnte mich nicht bewegen." Die Ehefrau ging auf der Stelle. Der Pat. erlitt eine motorische, sensorische und periostsensorische Teilparese des linken Beins und linken Arms (Konflikt des Nicht-aus-noch-ein-Wissens mit brutaler Trennung). CL: nach einer Woche kehrt die Ehefrau zurück und auf dem nächsten Scanner war die Schießscheibenkonfiguration folgerichtig verschwunden.

Abb. 26, 27, 28 und 29:
Serie von CCTs einer Patientin im Abstand von 6 Wochen. Es handelt sich bei ihr um einen Konflikt des Angst-Ekels und des sich Sträubens vor ihrem schwulen Chef, den sie als ekelhaft und gemein empfand.

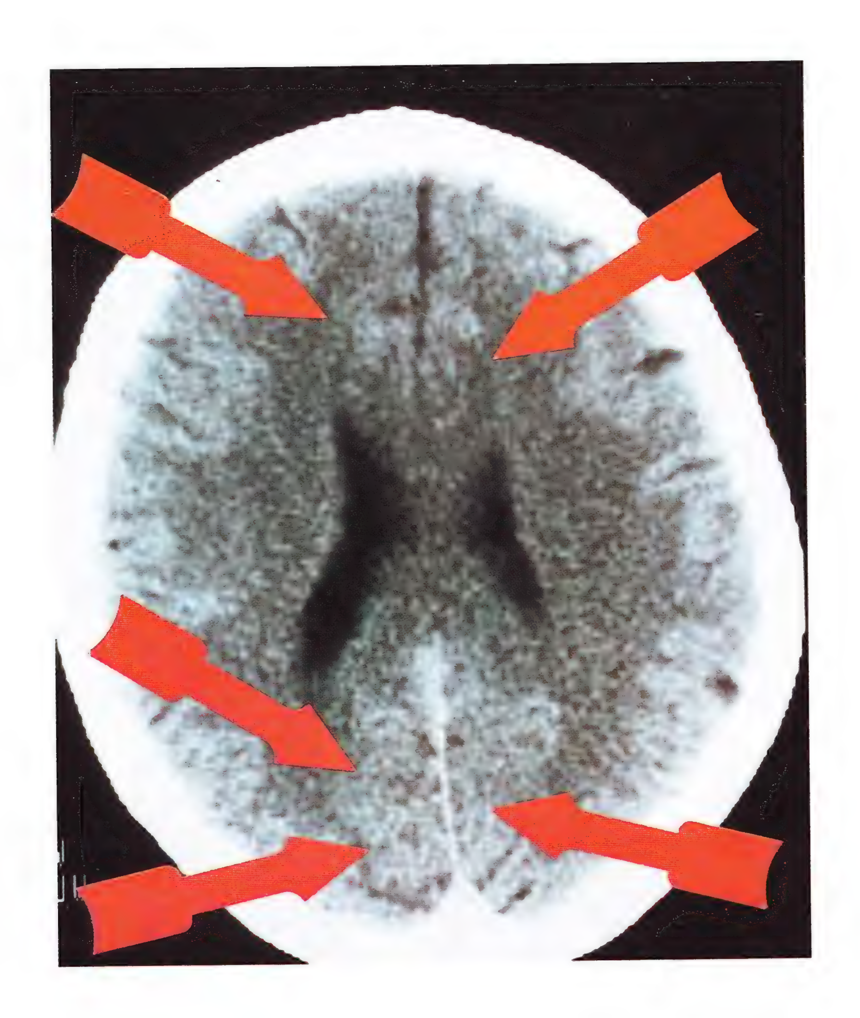
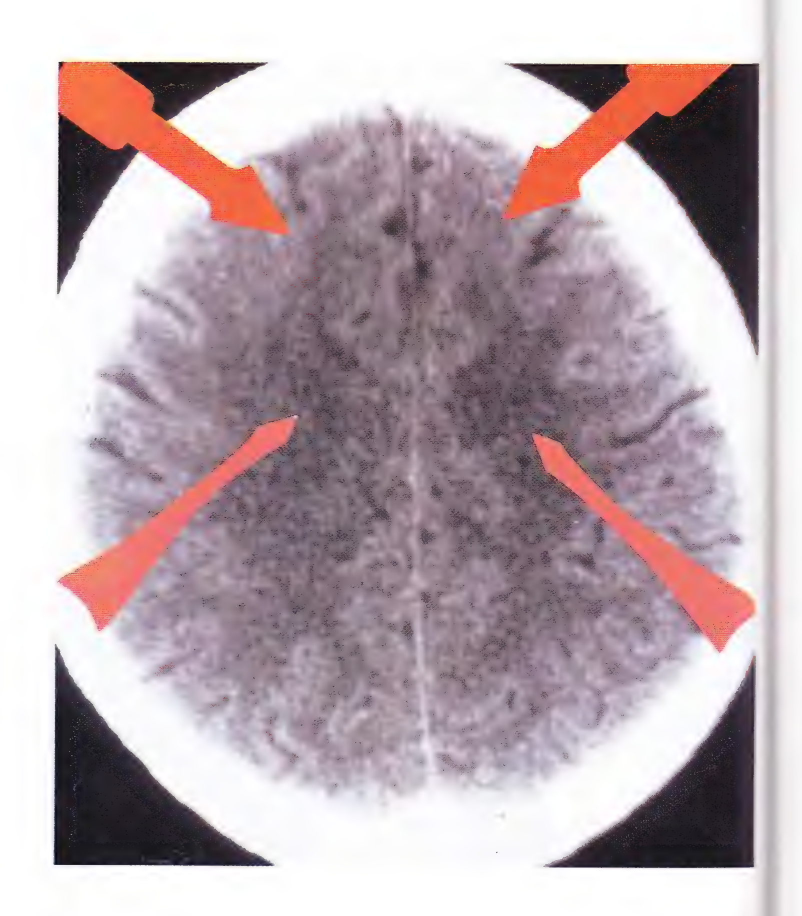
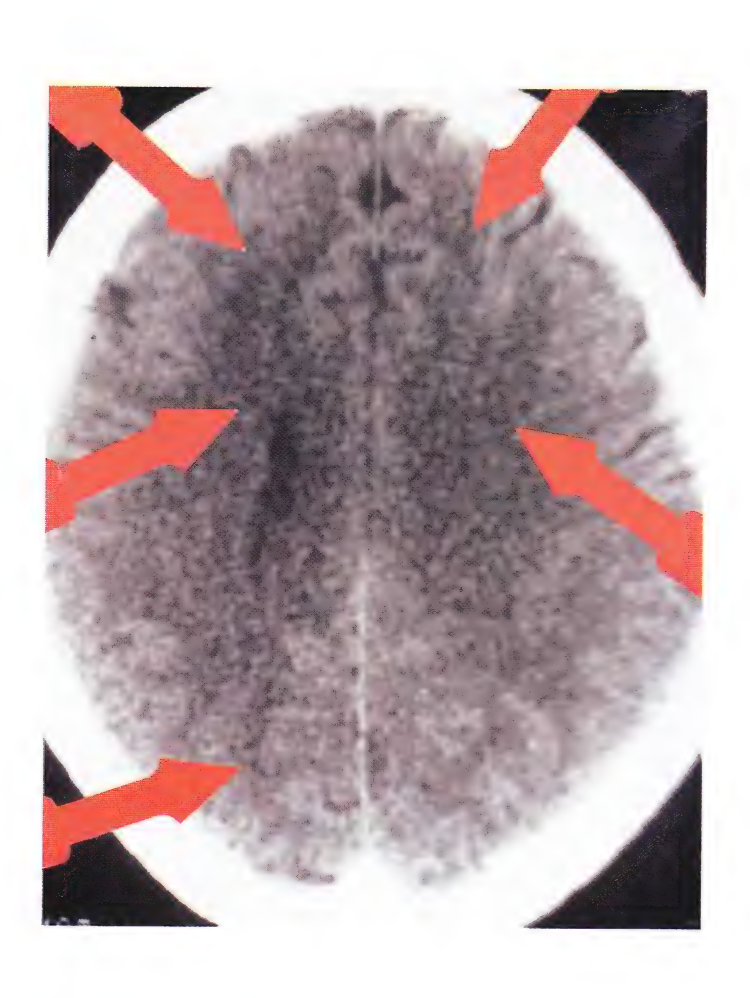


Abb. 26 vom 24.1.90 in ca-Phase.
Das Zentrum der Schießscheibenkonfiguration liegt rechts. Deshalb überwiegt der Diabetes über die Hypoglycämie, d.h. es überwiegt die Beta-Inselzell-Insuffizienz ggü. der Alpha-Inselzell-Insuffizienz. Kurz nach dieser Aufnahme kündigt sie. Wir sehen auf der gleichen Aufnahme dorsal einen großen HH, der schon mehrfach vernarbt ist, in erneuter Schießscheibenkonfig. die beiden Glaskörper auf organischer Ebene betreffend. Der biologische Konflikt: Sie war ein Jahr vorher auf dem Weg zu ihrer Arbeitsstelle (Apotheke) von hinten verfolgt, überfallen und mit einem Messer bedroht worden. Die Rezidive: Sie mußte jeden Tag den gleichen Weg von und zur Apotheke nehmen. Sie erlitt einen beiderseitigen Grünen Star.

Abb. 27 und 28 vom 15.3.90: (rechts u. rechts unten) Beide Konflikte sind in pcl-Phase, der frontale noch mehr als der occipitale. Man sieht aber, daß die jetzt oedematisierten Schießscheiben an der gleichen Stelle sind. So etwas nennen wir eine normale Entwicklung des HH nach Lösung des Konfliktes.

Abb. 29: (unten) CCT der gleichen Patientin weitere 2 1/2 Monate später sieht man nur noch eine Narbe des HH im Diabetes/ Hypoglykämie Relais





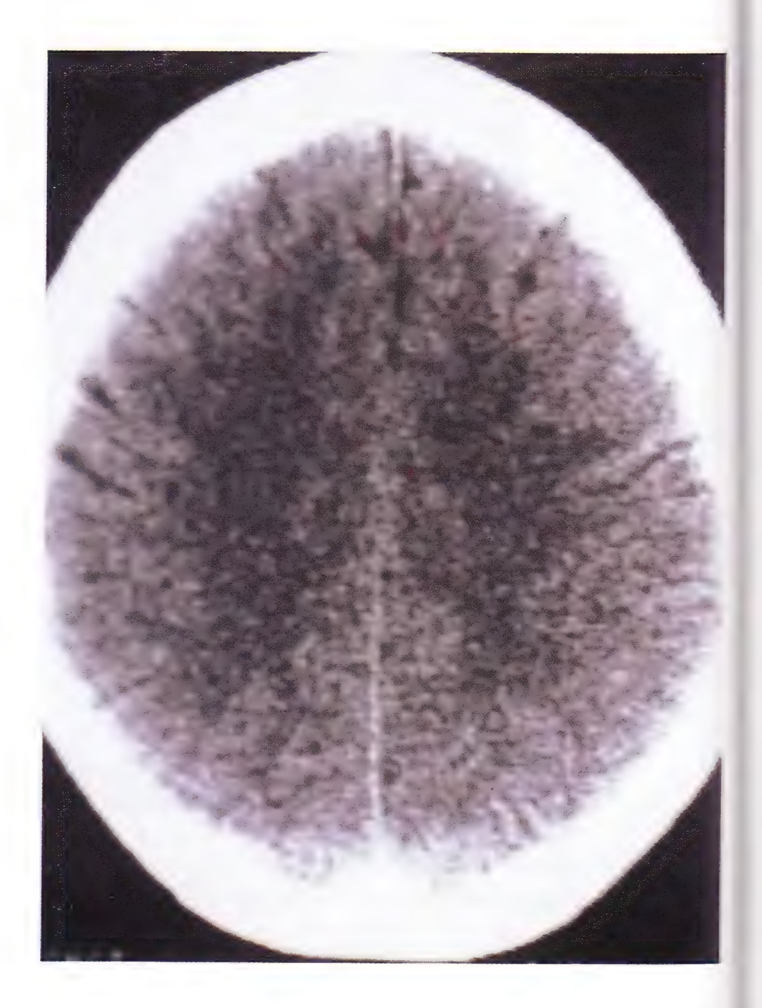
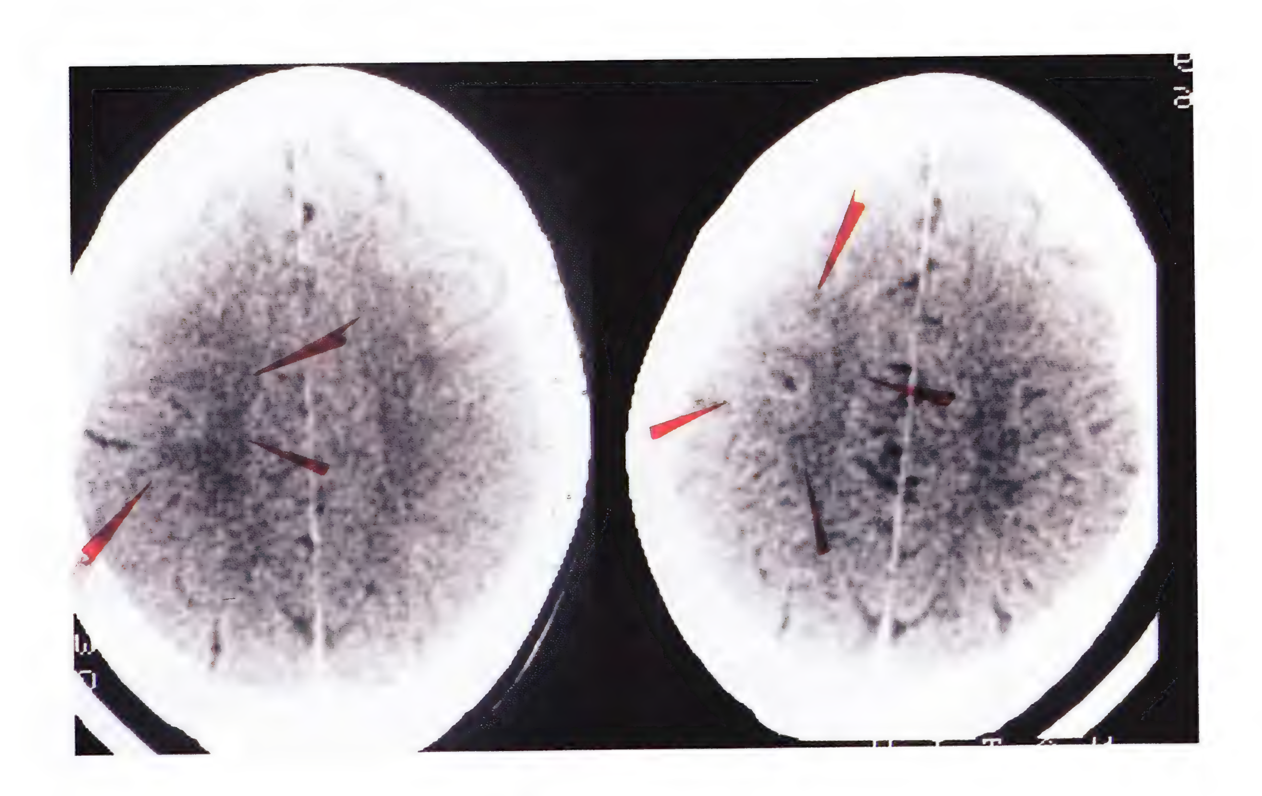


Abb. 30-33:
Serie von vier CCTs einer jungen Frau mit einem ductalen Mamma-Ca in frischer pcl-Phase. Der Radiologe verlagerte die Pat. einmal 2 cm aus der Mittellinie nach links (Abb. 30+32) und einmal 2 cm nach rechts (Abb. 31+33). Der HH änderte sich dabei, wie man sieht, nicht.



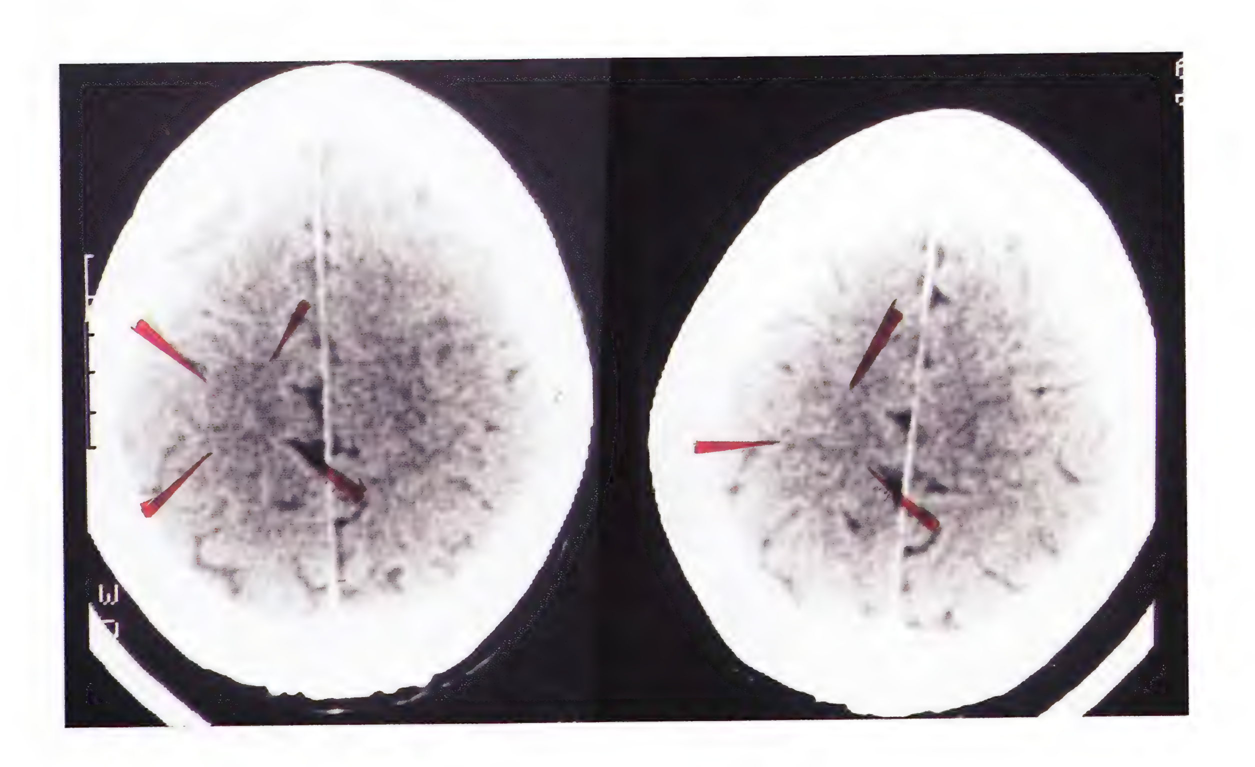
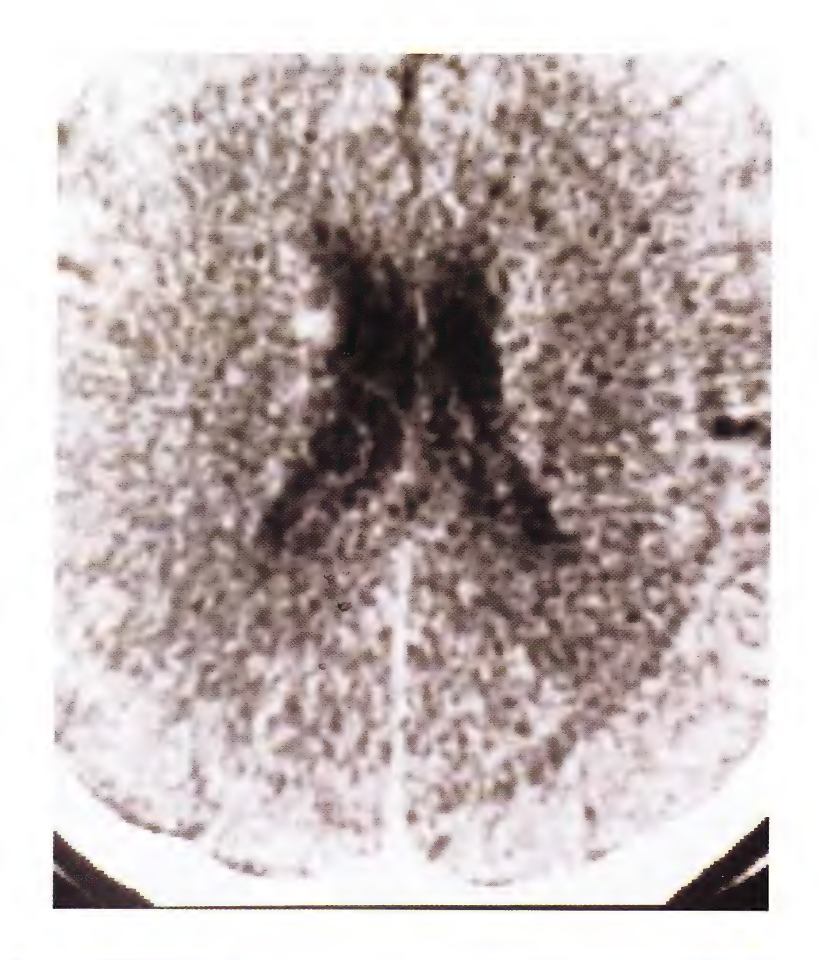


Abb. 34 u. 35:
Die CCT- Aufnahmen sind von einer anderen Pat. Man sieht, daß es sich nicht um Artefakte handeln kann, weil die Ringe ganz unterschiedlich ausgeprägt sind, besonders gut in unterschiedlichen Zentren zu sehen. Artefakte dagegen müssen bekanntlich auf allen Schichten gleich sein.



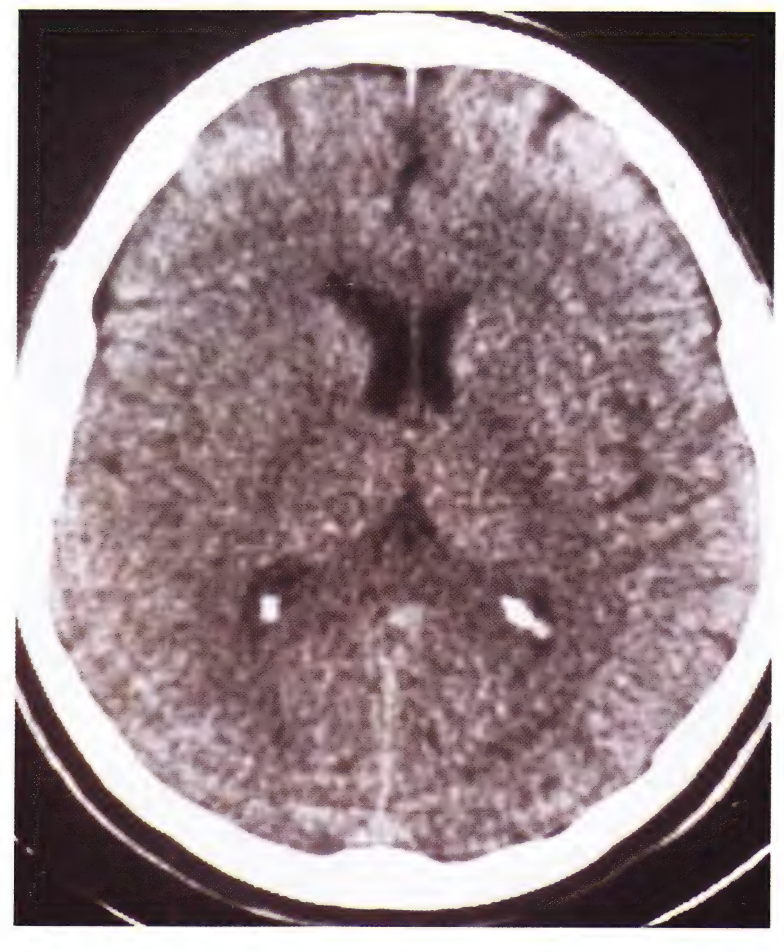


Abb. 36:

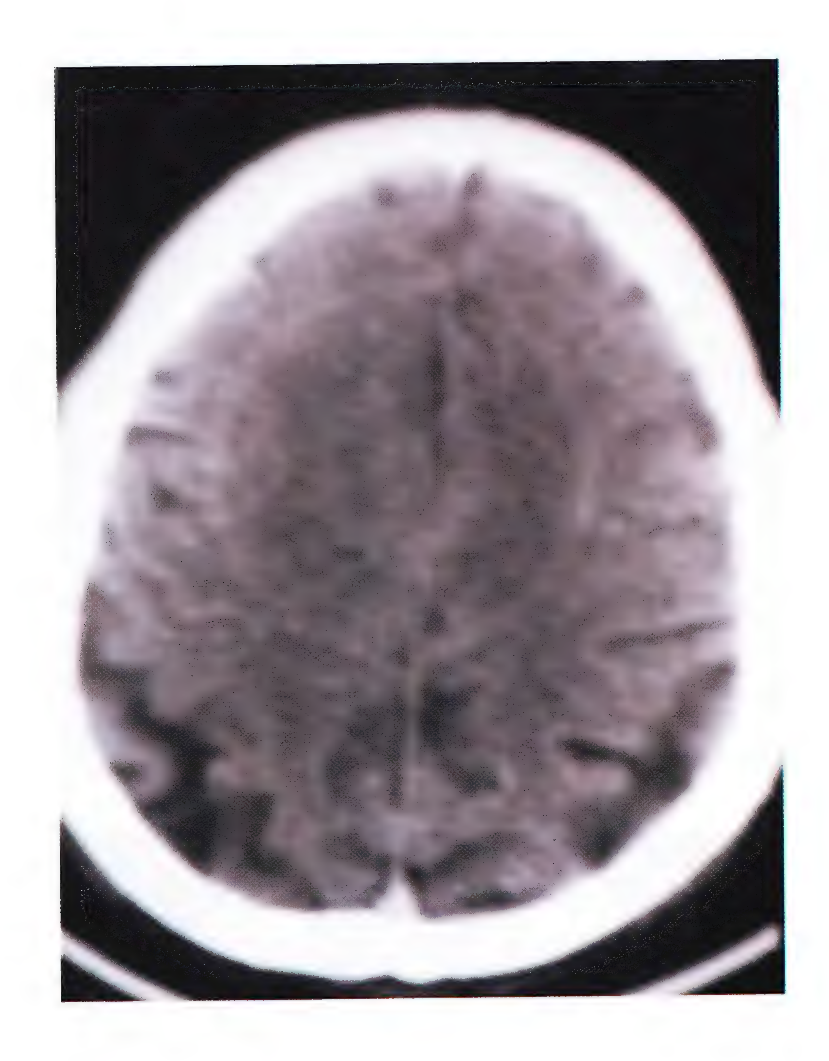


Abb. 36-42
Ich zeige hier eine ganze Serie CCTs von einem Bankier aus einem Kkh in London. Typischer Fall von Fehldiagnose: Der Pat. hatte nach einem dramatischen Streit mit seinem Abteilungsleiter, bei dem ihm die Beförderung verweigert worden war, eine motorische Lähmung erlitten, mehr des rechten als des linken Beines, ebenso mehr des re. als des li. Armes. Nun wurde er durchuntersucht u. man fand ein altes Pankreas-Ca u. ein altes Leber-Ca. Das konfliktaktive Dünndarm-Ca (Abb. 41, Pfeil links oben) sowie die dazugehörige Schießscheibenkonfig. in ca-Phase (Abb. 42, Pfeil links) hatte man natürlich nicht sehen können. Auf Abb. 41 sehen wir die alten solitären Ca-Herde im Pankreas und in der Leber. Der zugehörige HH rechts lateral im Stammhirn (Pfeil rechts) hat Vernarbung, Oedem u. evtl. wieder ganz leicht angedeutete Schießscheibenkonfig. Es ist deshalb möglich, daß diese alten Herde auch beruflich (Verhungerungs-Konfl. u. Den-Brocken-nicht-verdauen-können-Konfl.) bedingt

waren und nun wieder mitreagierten (Schiene!). Insgesamt haben wir also 3 verschiedene Schießscheiben bei dem gleichen Pat., davon die eine (Leber/Pankreas) in einem alten vernarbten Relais.
Während der motor. Konfl. für alle 4 Extremitäten, rechts stärker als links, schon in der pcl-Phase ist u. schon Stechapfelform anzunehmen beginnt, d.h. den Höhepunkt schon überschritten hat, ist die Dünndarmschießscheibe noch in voller Aktivität. D.h. also, daß ein mehrschichtiger Konfl. keineswegs auf allen Ebenen in gleichem Takt gelöst wird. Der eine Aspekt wird gelöst, während der andere noch aktiv bleibt.
Hätte man die NEUE MEDIZIN angewendet, dann hätte man gesehen, daß das Pankreas-Ca und das Leber-Ca, die im gleichen Takt gelaufen waren, schon eine ältere Vorgeschichte gehabt haben müssen und jetzt möglicherweise als Schiene wieder reaktiviert wurden. Während der corticale motor. Konfl. schon mit einer EK (mit tonisch-klonischem Krampfanfall) den Höhepunkt der pcl-Phase überschritten hat, ist der Dünndarm-Konfl. noch, wie gesagt, hochaktiv. Zufällig sehen wir im Bauch-CT (Abb.41) den Präileus durch Okklusion des Dünndarms. Man hätte dieses Stück Dünndarm in einem kurzen Stück exstirpiert und hätte dem Pat. damit eine sehr gute Prognose verschaffen können. So aber führte man den Präileus auf ein vermutetes frisches Leber/Pankreas-Ca zurück und erklärte den Pat. für inoperabel. In diesem Fall entspricht der motor. Konflikt der Vorstellung, des Nicht-weiter-aufsteigen-könnens, bzw. des Festgebunden-seins und das Dünndarm-Ca den damit verbundenen unverdaulichen Ärger. Man sieht, daß die NEUE MEDIZIN durch ihre Differential-Diagnostik auf den drei Ebenen der bisherigen Medizin um einiges voraus ist.



Abb. 37

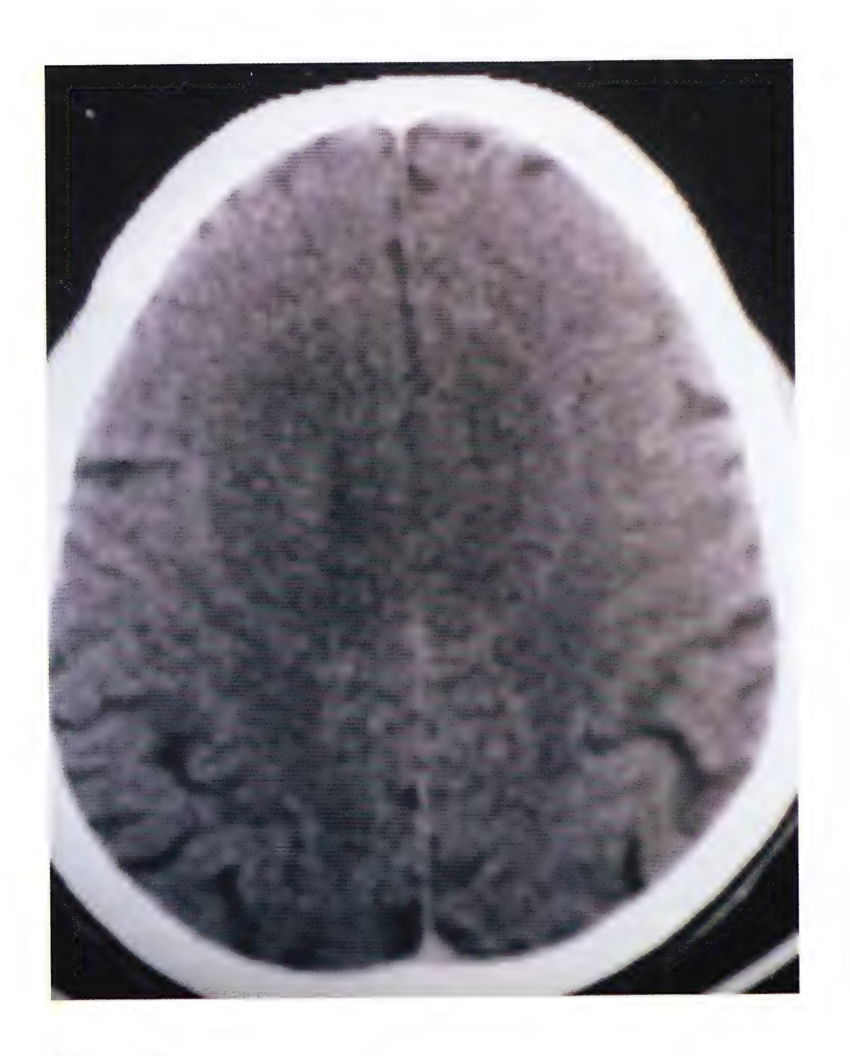


Abb. 38:

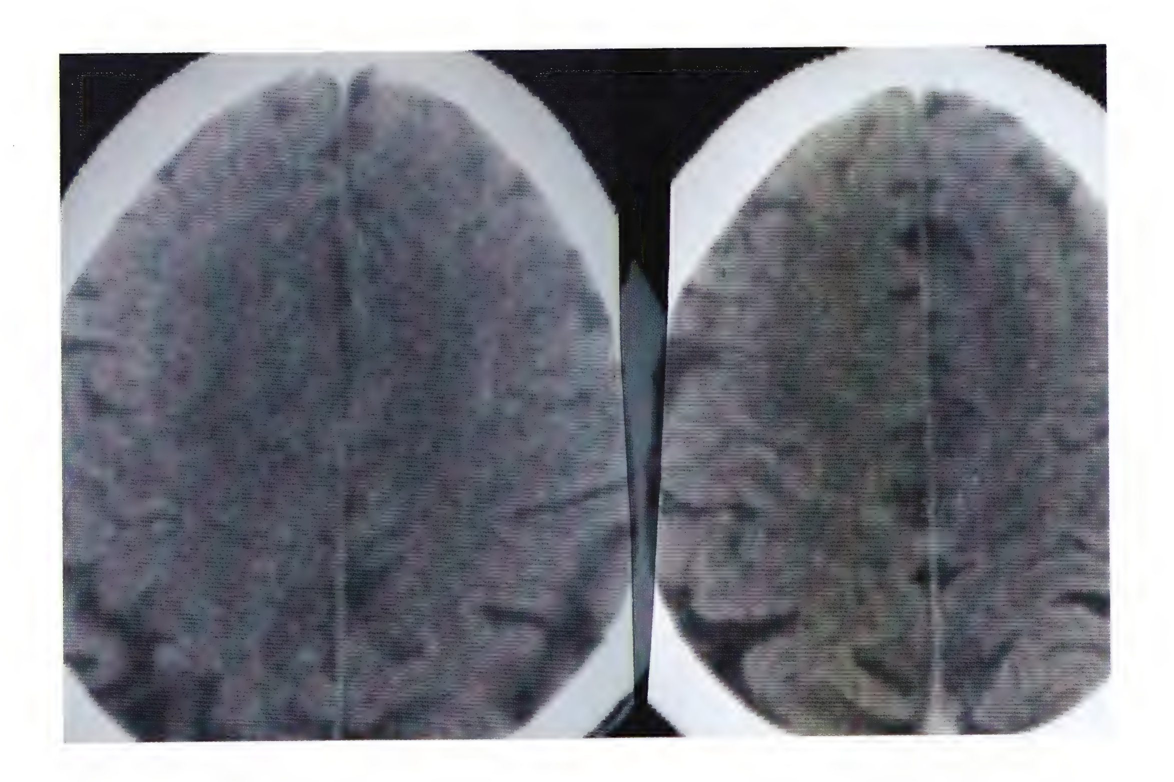


Abb. 39 und 40



Abb. 41:

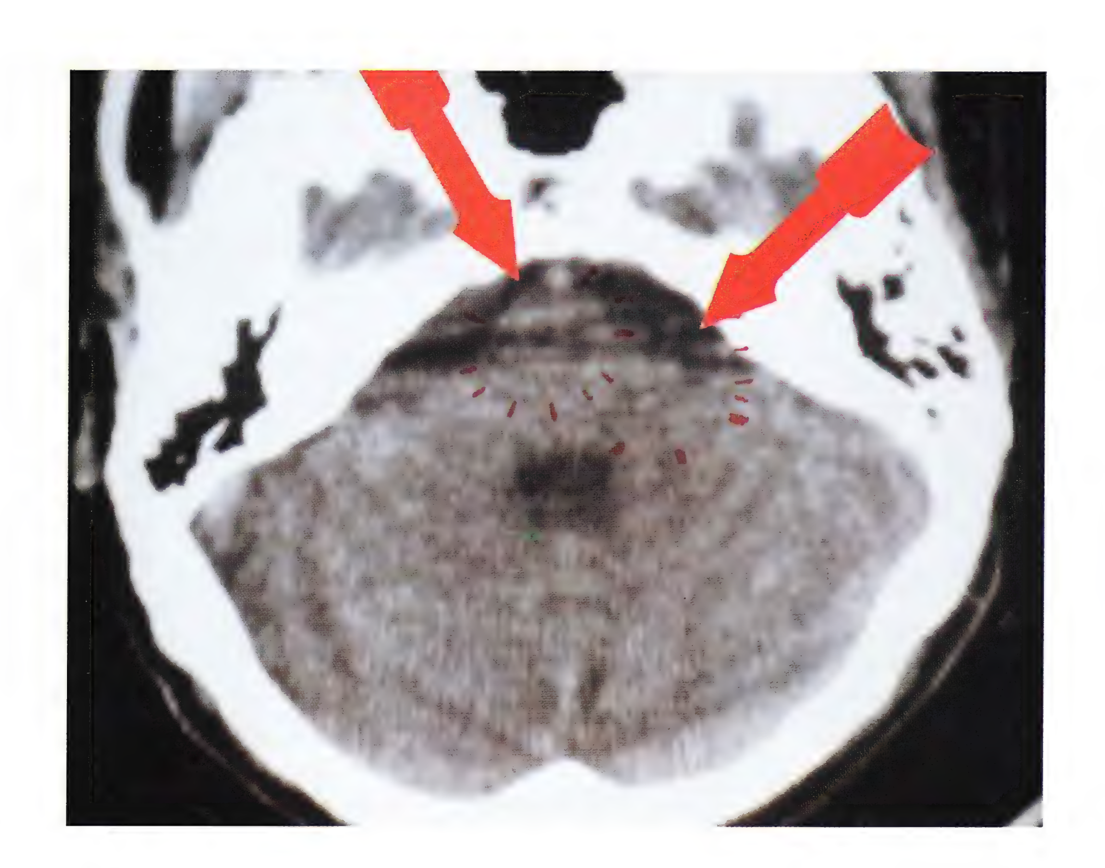
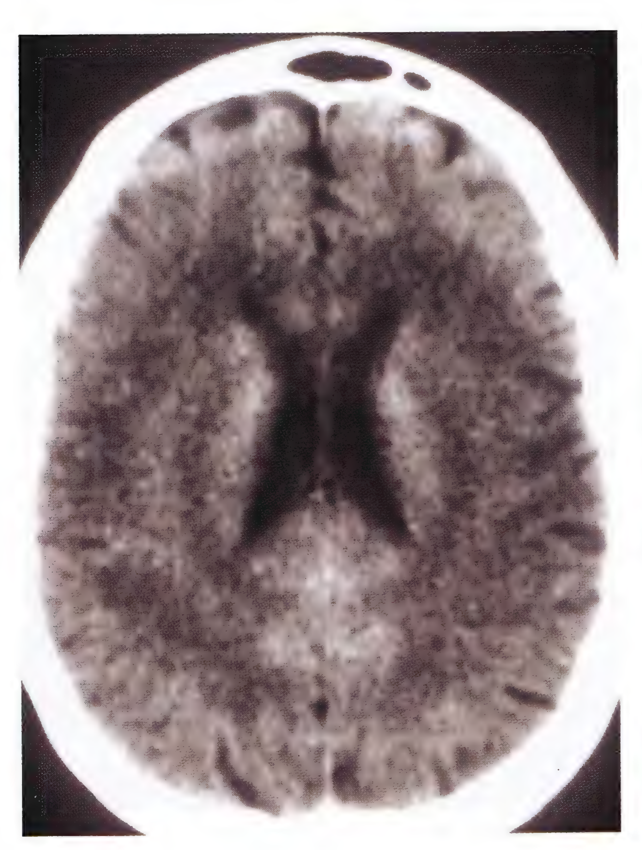
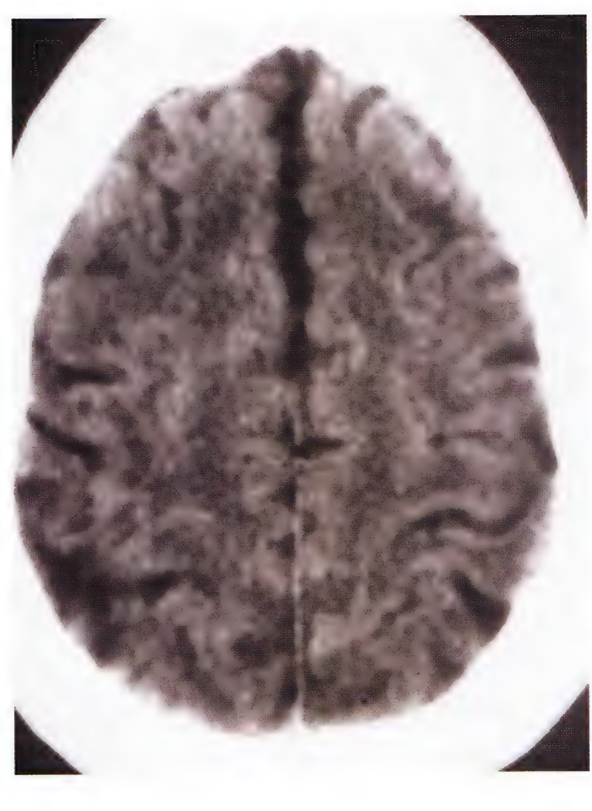


Abb. 42:





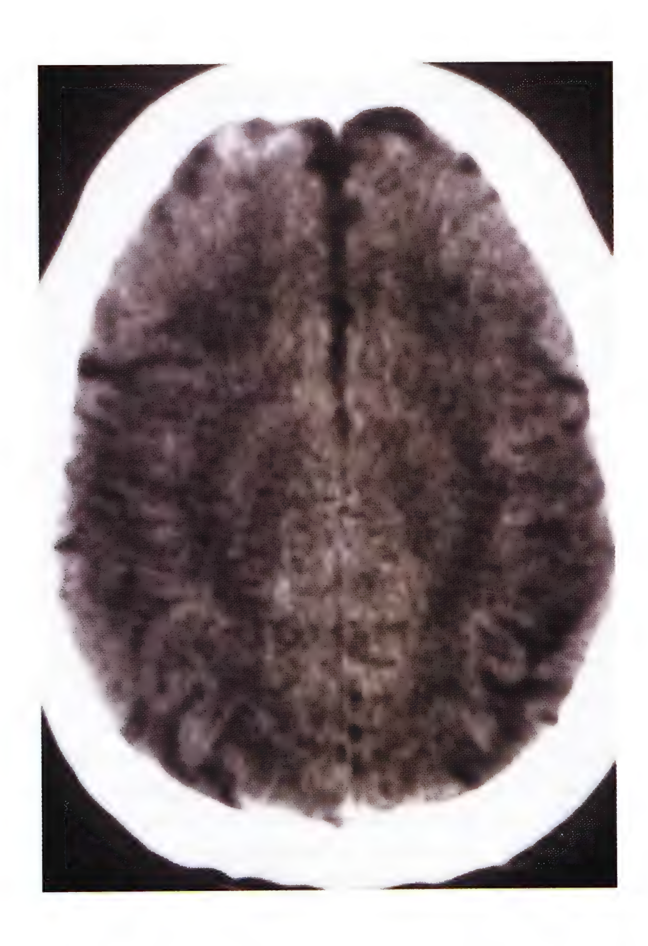
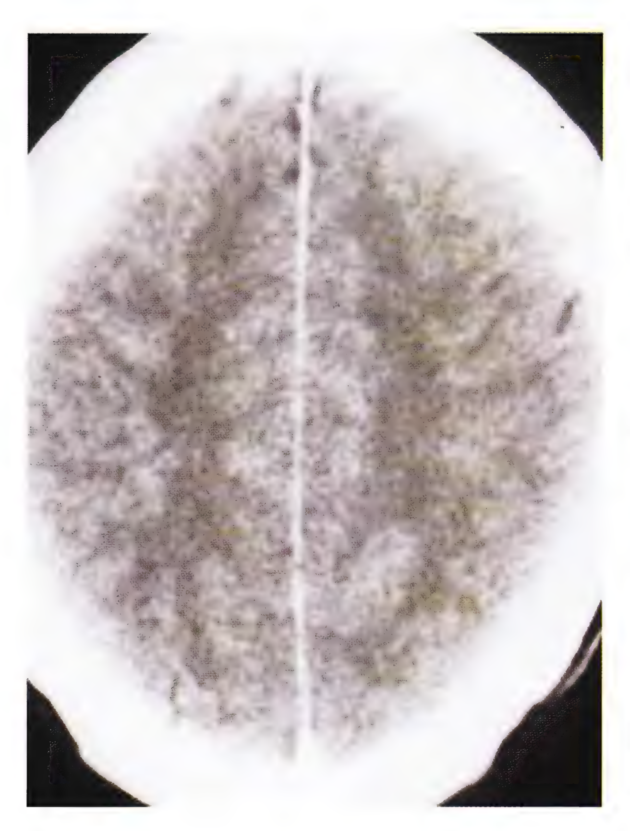


Abb. 43-45:
(Abb.45 unten rechts)
Serie von CCTs. Bei dieser Serie sieht man sehr gut, wie eine oedematisierte Schießscheibenkonfig. in der pcl-Phase in der einen Schicht noch gut sichtbar ist und in der anderen schon mehr oder weniger zu verschwimmen beginnt. (zentraler Periost-Konfl.,d.h. brutaler Trennungs-Konfl. in Lösung)



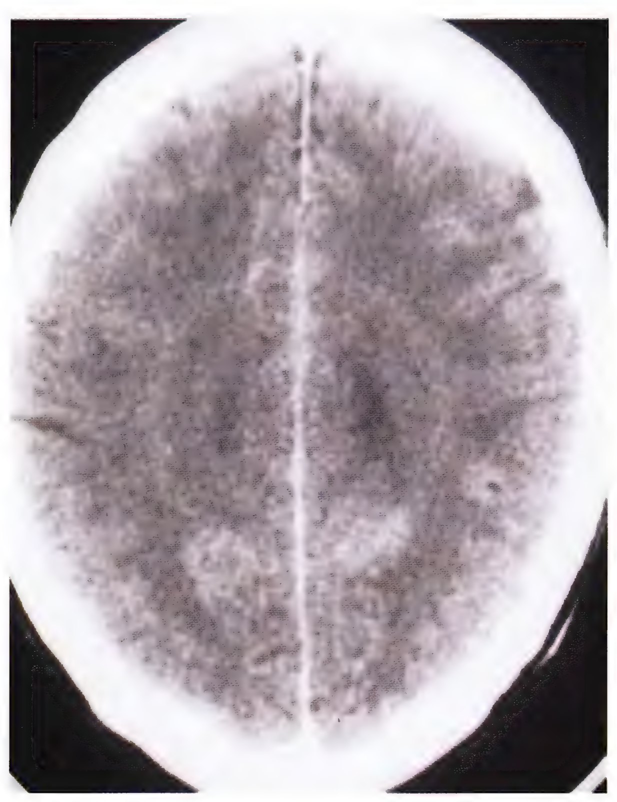
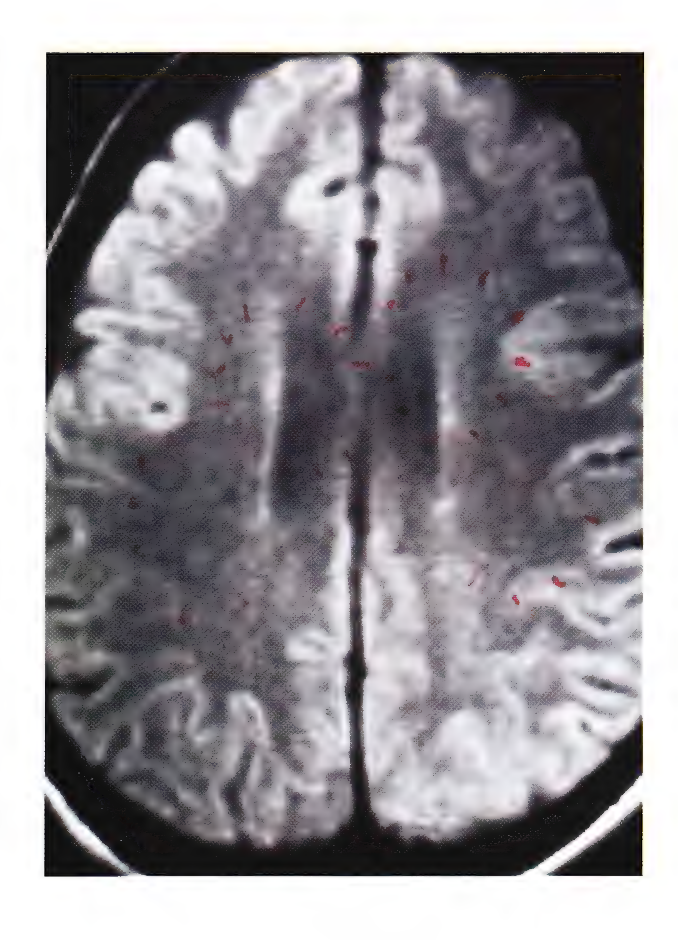


Abb. 46,47 (oben): Sensor.-postsensor. (Periost) -Trennungs Konflikt, der schon den Höhepunkt der pcl-Phase, (auf organischer Ebene: Exanthem, Urticaria, Pruritus) überschritten hat und schon Stechapfelkonfig. anzunehmen beginnt

Abb. 48 (rechts): Wenn man gute NMR-Aufnahmen hat und die Konflikte schon eine geraume Zeit aktiv waren oder rezidiviert sind, kann man die Schießscheiben auch im NMR erkennen, wie man sieht: Motor. Konfl. li. Arm, motor. Konfl. re. Arm und re. Bein, sensor. Konfl. re. Arm, postsensor. Konfl. li. Arm, alle Konflikte in pcl-Phase bei einem MS-Fall.



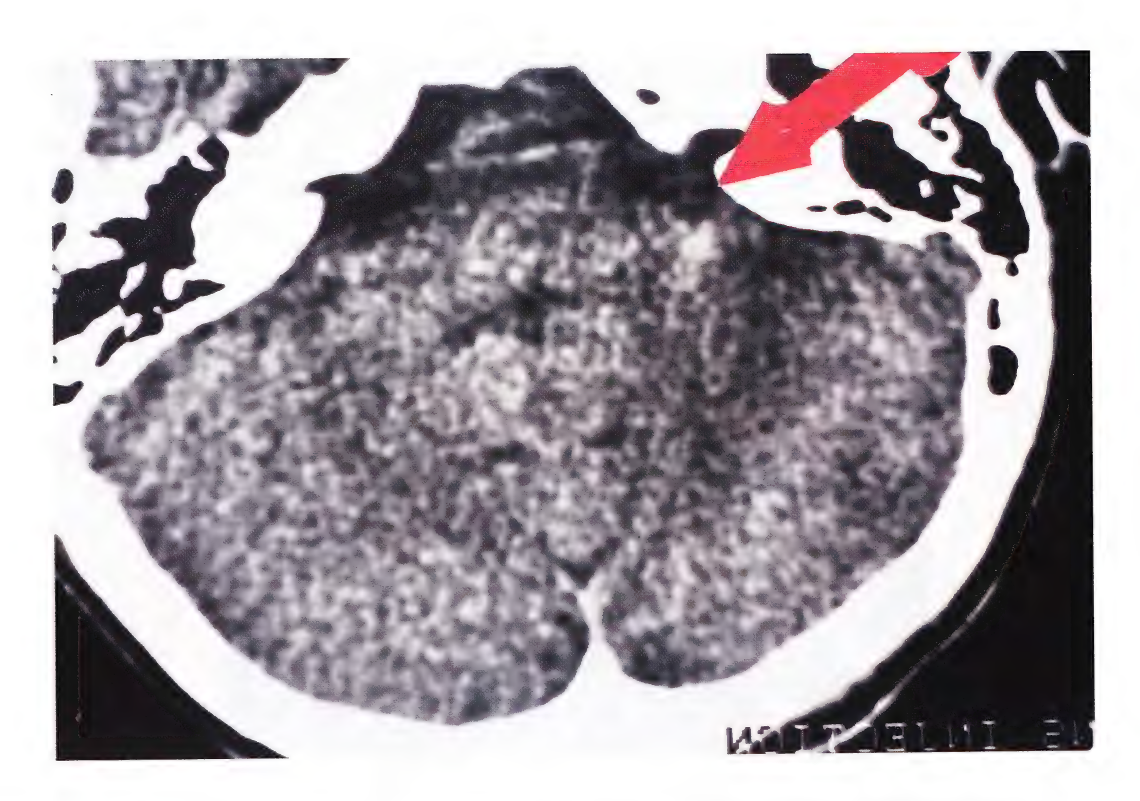


Abb. 49,50: CCT und Abdomen CT eines kleinen Mädchens

Abb. 49: HH in deutlicher Schießscheibenkonfig. im Leber-Relais (Stammhirn lateral re.)

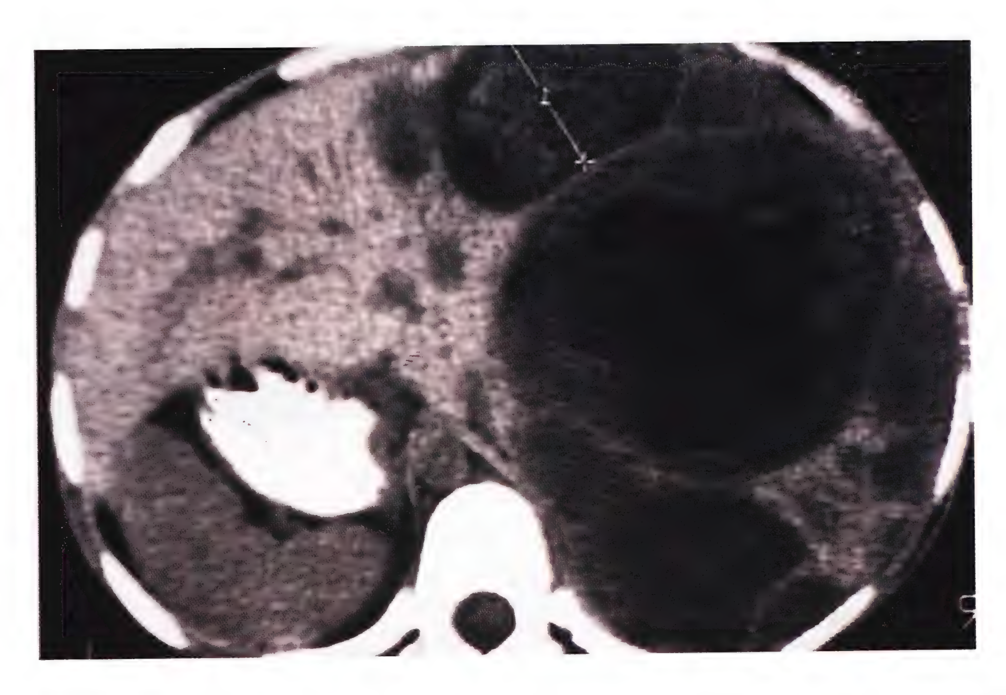


Abb. 50: zugehöriges sog. solitäres Leber-Ca eines kleinen Mädchens aus Südfrankreich: Konflikt: Die Eltern hatten ein Lebensmittelgeschäft. Als ein Supermarkt daneben aufmachte, jammerte der Vater: "O Gott, wir werden verhungern!" Das 5 jährige Kind nahm das für bare Münze, wieso auch nicht? Das Kind starb

an dieser Verhungerungsangst.
Im Anfang fiel es mir sehr schwer, ein solches Bild zu verstehen, weil im Gegensatz zu dem ausgedehnten Leberbefund das Gehirn scheinbar gar nichts besonders Auffälliges zeigte. Wenn man aber die Schießscheibenkonfig. erst verstanden hat, bzw. zwischen den unterschiedlichen Formationen in der ca- und pcl-Phase zu unterscheiden gelernt hat, dann sind einem solche Bilder sonnenklar verständlich.

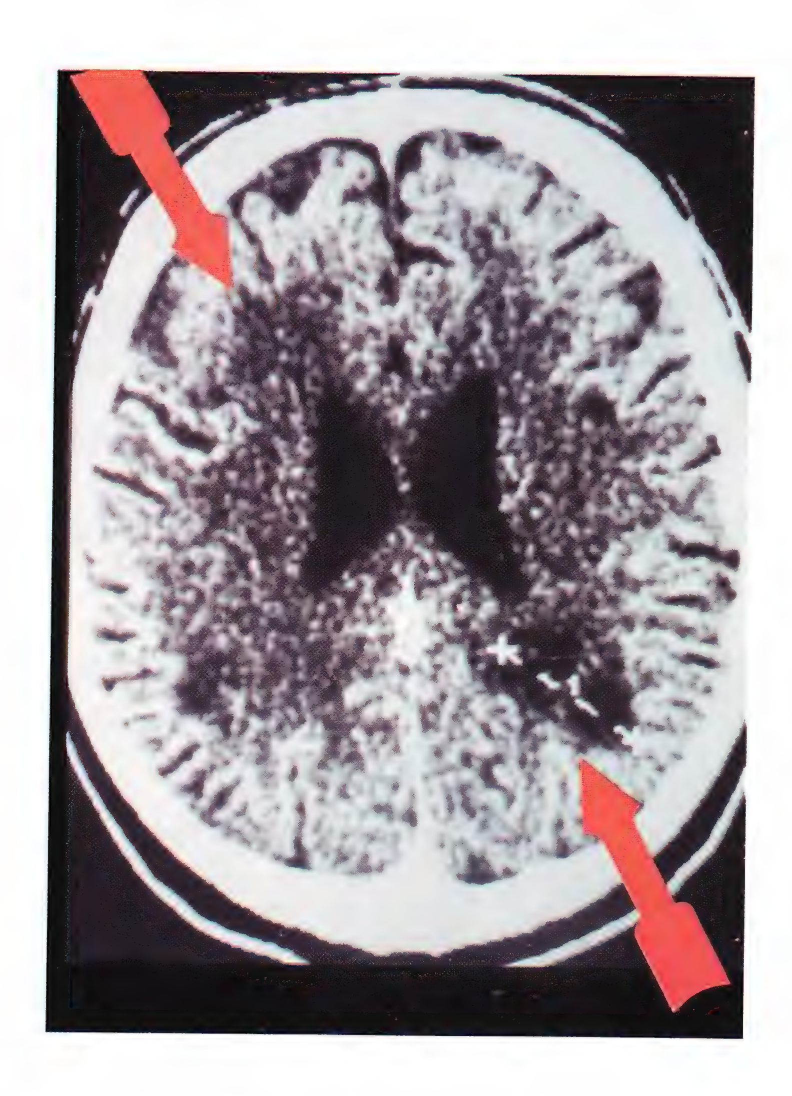


Abb. 51,52 zeigen:
typische Leukämie-CTs.

Abb. 51: generalisiertes Marklager-Oedem mit besonderer Betonung des Relais für den li. Schenkelhals und des Relais für die rechte Schulter nach gelöstem Selbstwerteinbruch eines alten Herrn, dem man den Vorsitz im Dorfverschönerungsausschuß weggenommen hatte. CL: Der Bürgermeister entschuldigte sich persönlich bei ihm und rehabilitierte ihn.

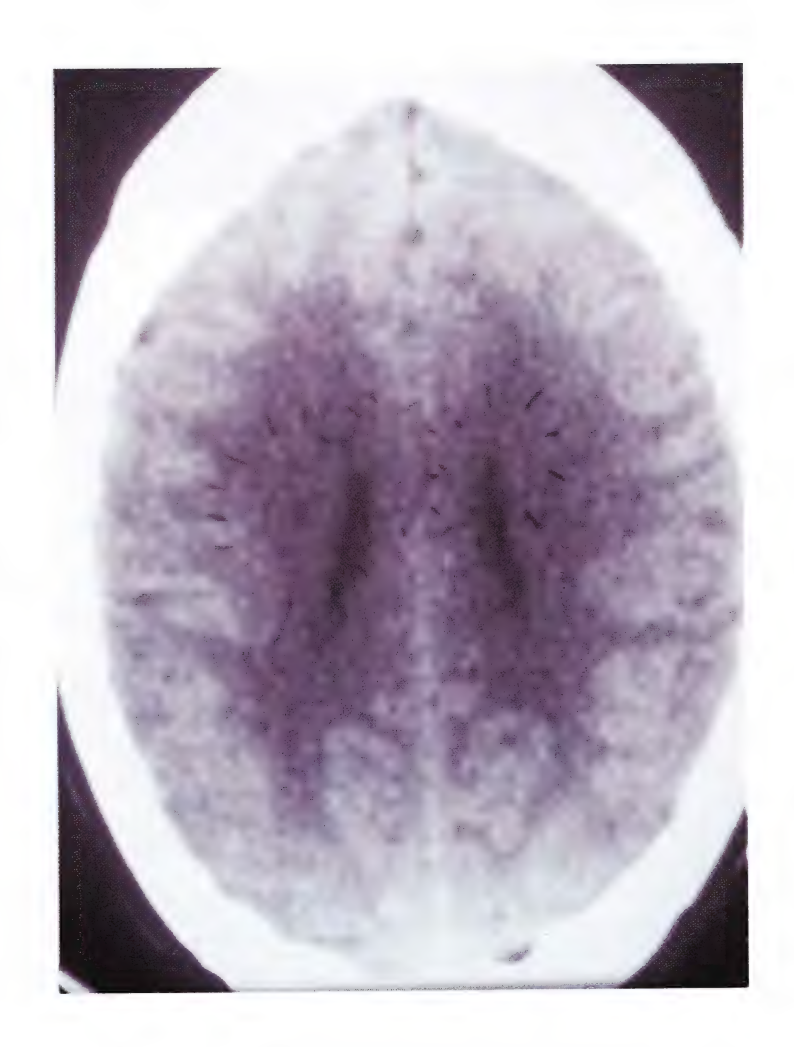
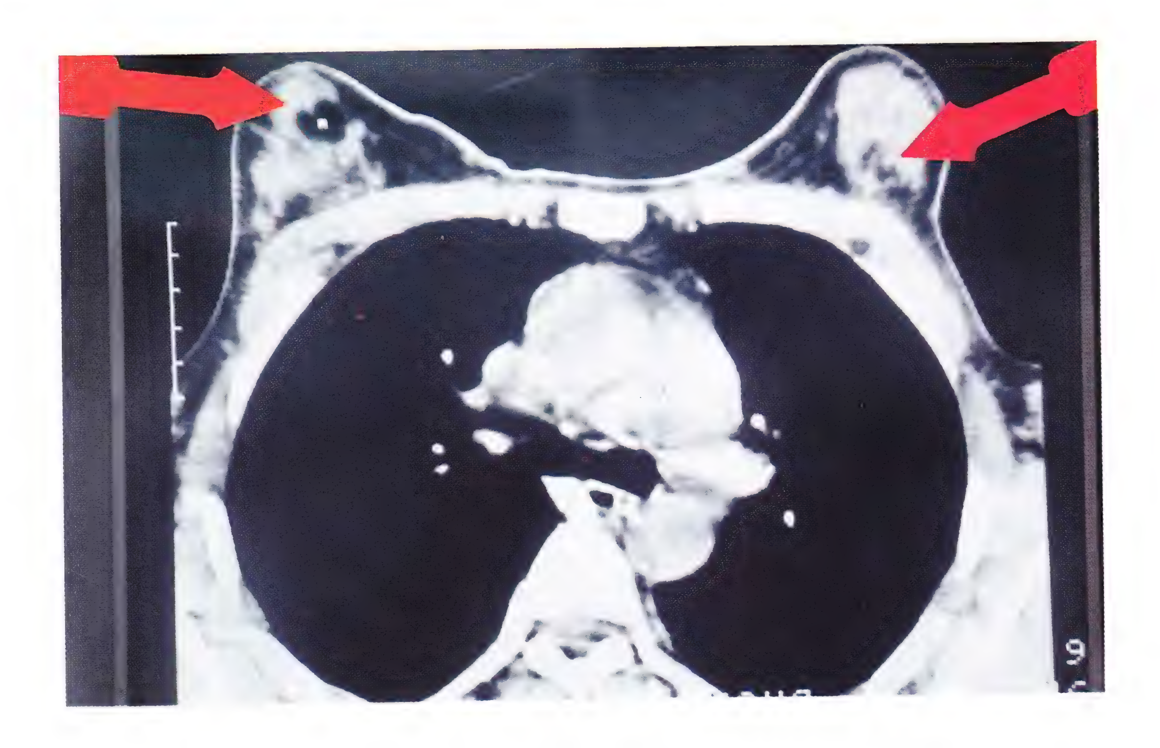


Abb. 52:
generalisiertes Marklager-Oedem bei einer jungen Frau aus einer Sekte, die menschlich und beruflich Schiffbruch erlitten hatte. CL: Es gelang ihr, einen neuen Anfang zu machen



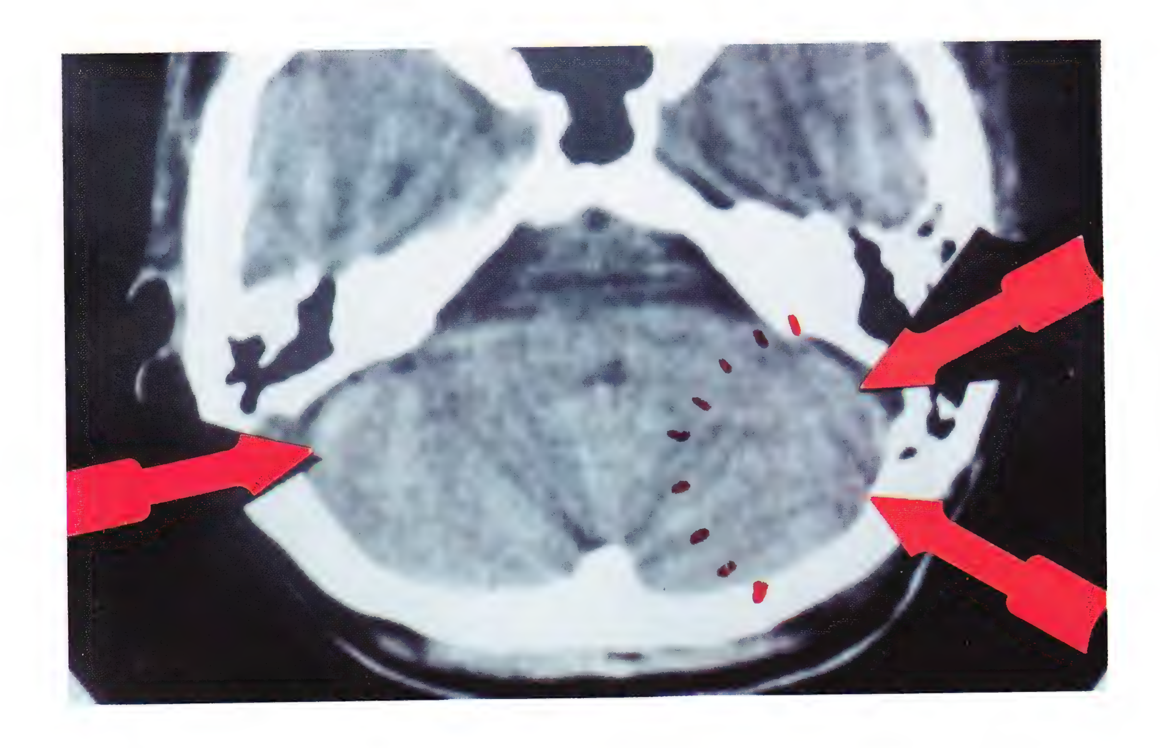


Abb. 53,54:

Abb. 53: rechtshänd. Mutter mit abgelaufenem Mutter-Kind-Sorge-Konflikt, die in der pcl-Phase wochenlang starken Nachtschweiß, d.h. eine Tbc der li. Brust hatte. Im CT der Brust in Hängelage läßt sich die frische Kaverne in der li. Brust darstellen. In der re. Brust (re. Pfeil) sehen wir eine weitere, jedoch ältere, vernarbte Kaverne.
Abb. 54: HH mit Oedem im rechten lateralen Kleinhirn (Pfeile)
Wir können diesem Oedem nicht ansehen, ob eine Tbc geholfen hat, auf organischer Ebene das Mamma-Ca zu verkäsen oder ob

dies nicht der Fall war. Die Vorgänge im Gehirn sind die gleichen. Auch auf der li. Kleinhirnseite (li. Pfeil) ist eine alte Narbe sichtbar, die einem früheren Mamma-Ca der re. Brust mit nachgefolgter Tbc entspricht. (Partner-Konfl.)

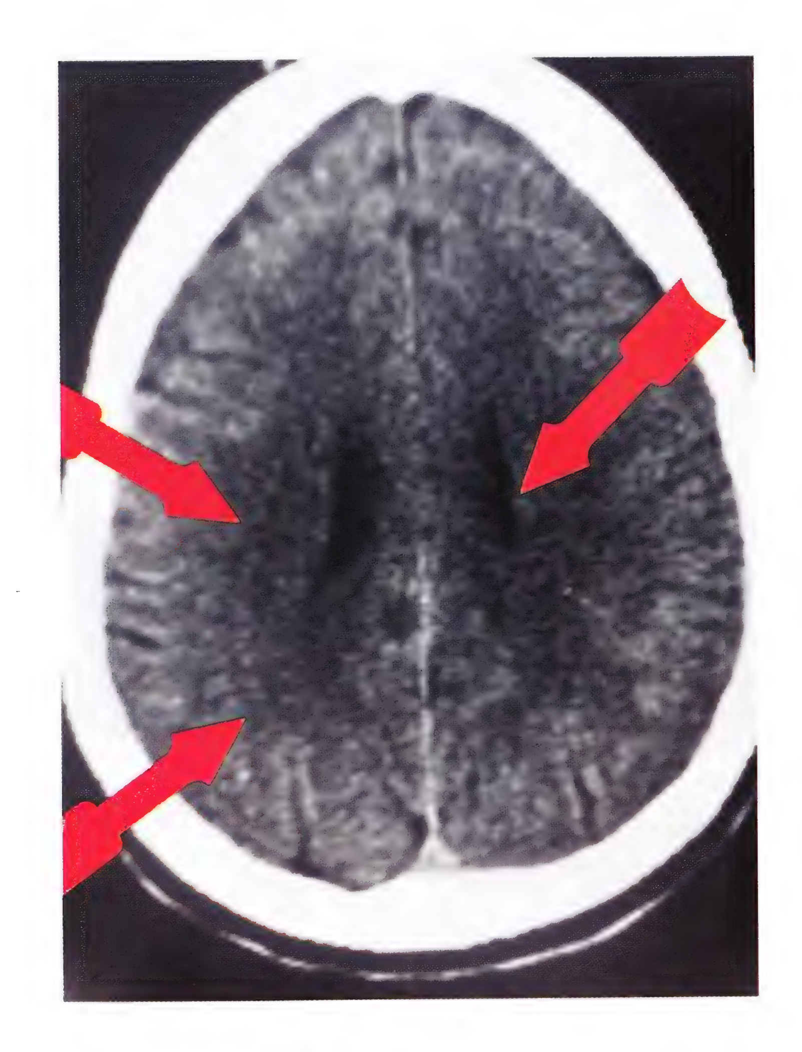


Abb. 55:
CCT einer älteren Pat. mit Periost-Konfl. und Verlustkonfl. am Ende der pcl-Phase. Dieser Befund wurde als "Hirntumor" fehlgedeutet. Das gliöse Zentrum des HH zeigt, daß es sich um einen rezidivierenden Vorgang handelt.

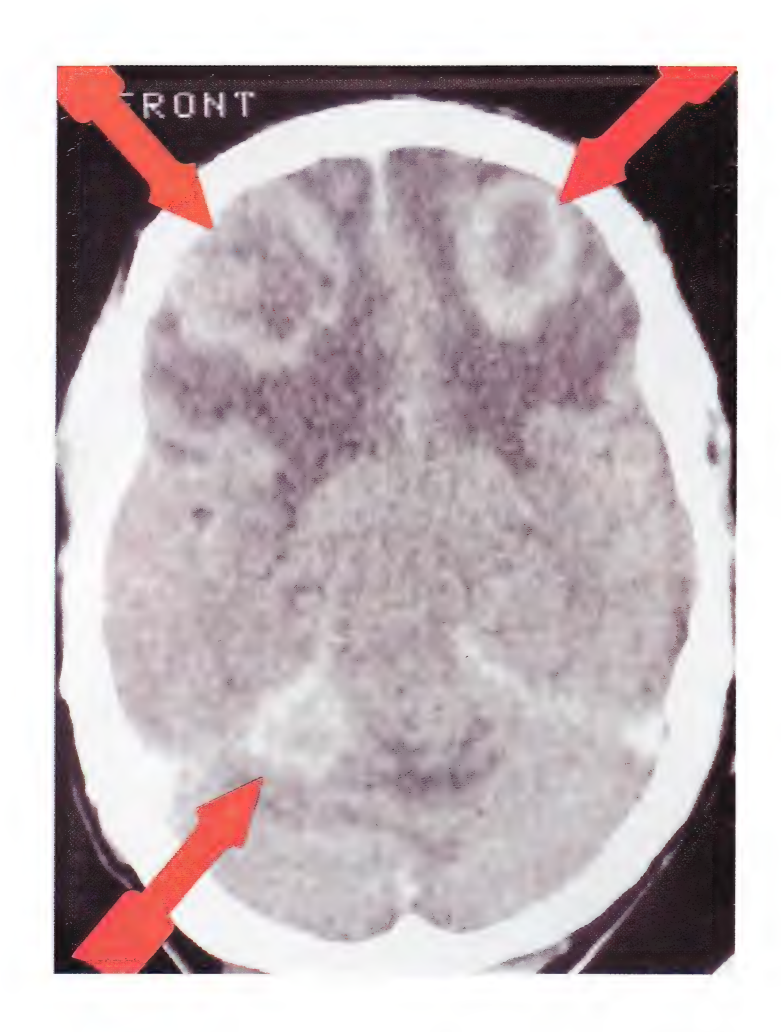


Abb. 56:
HHe in pcl-Phase (Pfeile)
Zustand nach schizophrener Konst. Im Stammhirn li. ist eine weitere Kontrastanreicherung zu sehen, die einem Colon-Ca in pcl-Phase entspricht. Es handelt sich um einen Handwerker aus Mitteldeutschland, der nach der Wiedervereinigung große berufliche Ängste durchstand.

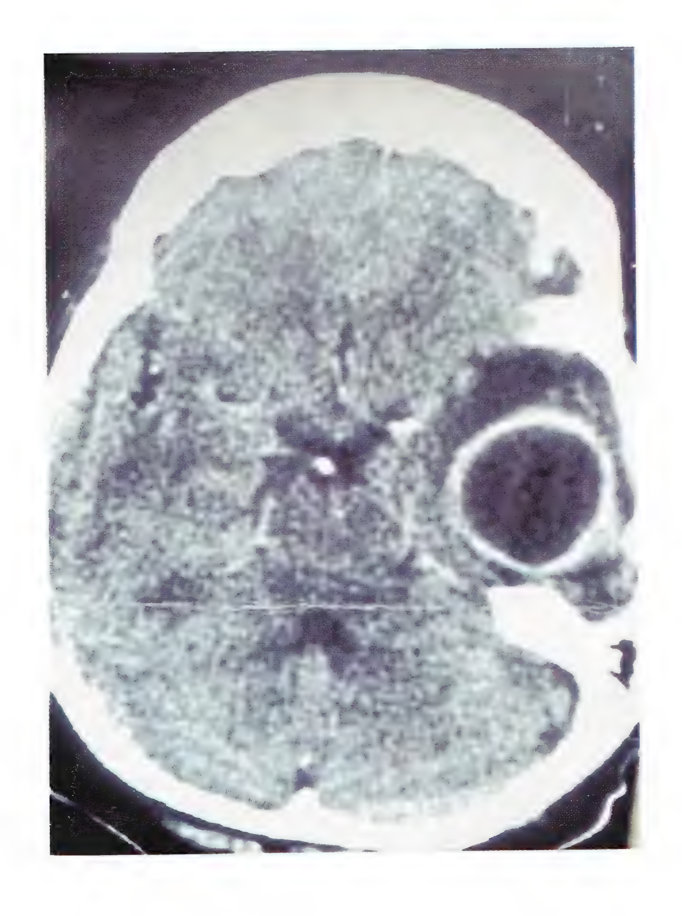


Abb. 57:
Tinnitus des linken Ohrs nach häufigen Rezidiven und Hörstürzen und schließlicher Zerreißung des Gewebes mit einer Zystenbildung bei einem alten Mann in einem österr. Pflegeheim. Er traute seinen Ohren nicht, wenn ein Mitpat. ihm Horrorgeschichten aus dem Kriege erzählte.



Abb. 58-60: Serie eines Pat.

Abb. 58:
Zyste im re. Marklager (die li. Schulter betreffend) Vater-Kind-Selbstwerteinbruch-Konfl.: "Ich war als Vater nicht gerecht, habe meinen Sohn benachteiligt." Häufige Rezidive, schließlich endgültige Lösung mit Zerreißung des Hirngewebes und Zystenbildung. Die Zystenschale ist gliös vernarbt. Der Befund sieht viel schlimmer aus, als er ist.

Abb.59:
zugehörige Osteolyse der li. Schulter ("Vater-Kind-Schulter" bei rechtshänd. Vater).



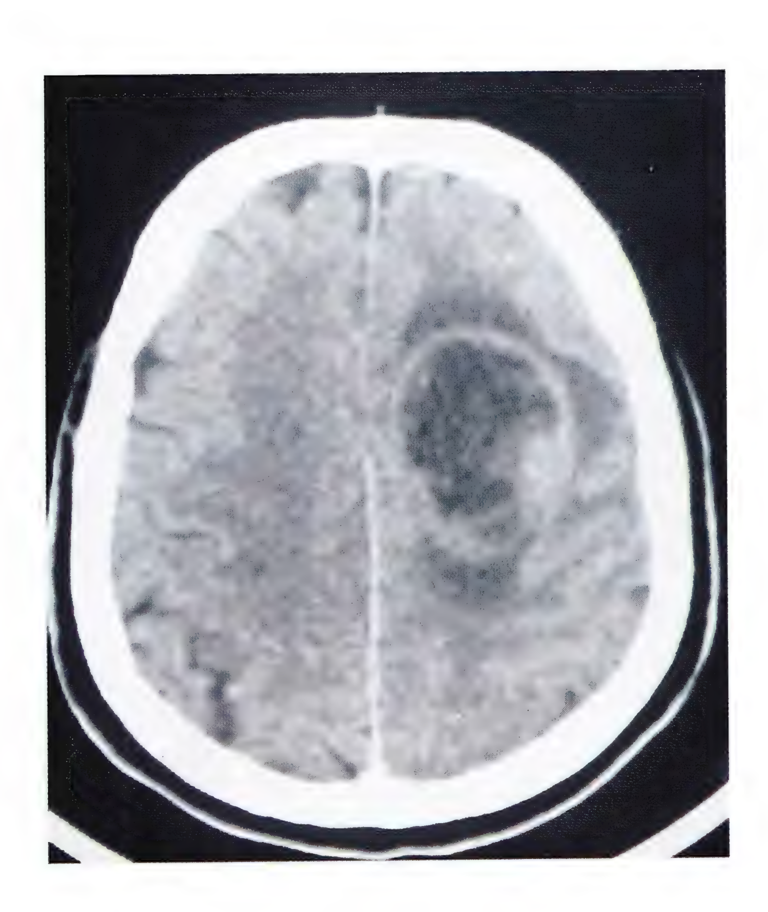
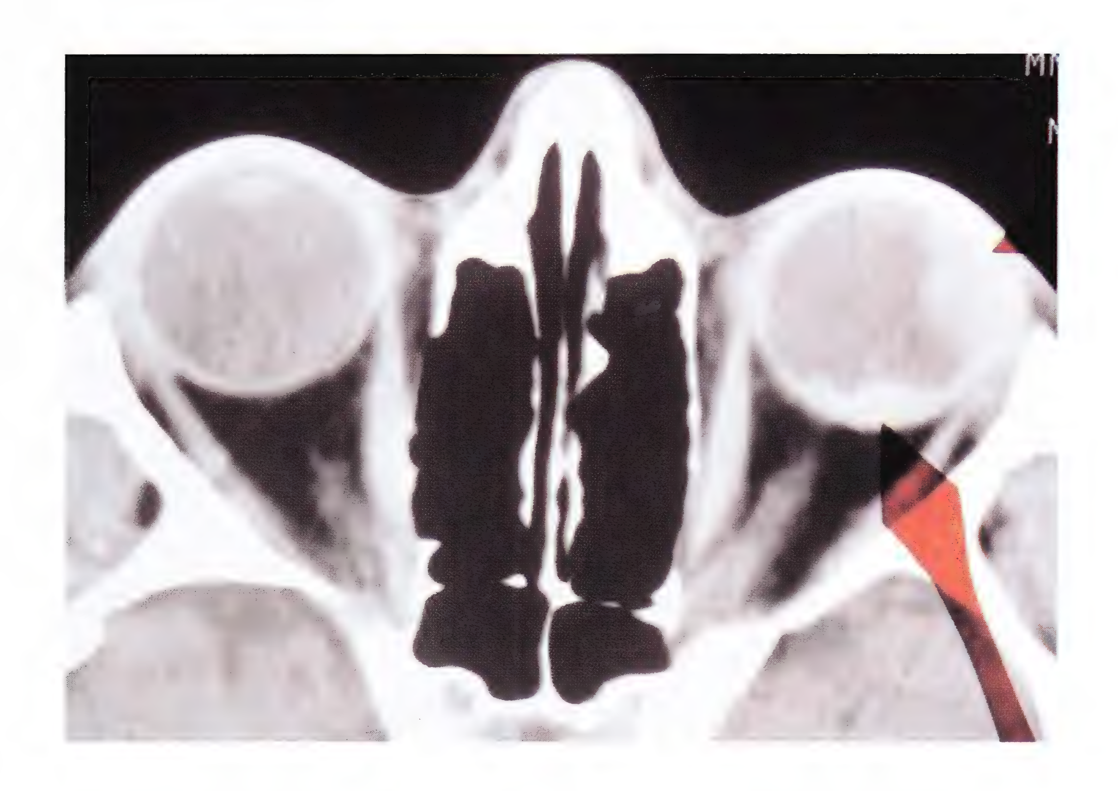


Abb. 60:
höhere Hirnschicht des CCTs der gleichen Zyste



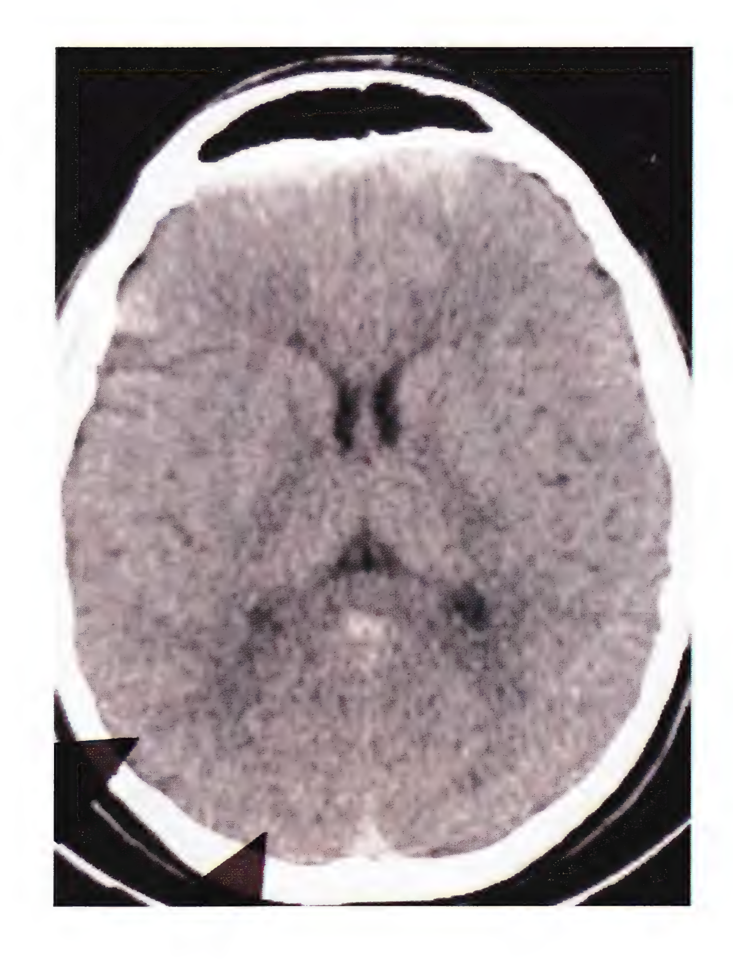
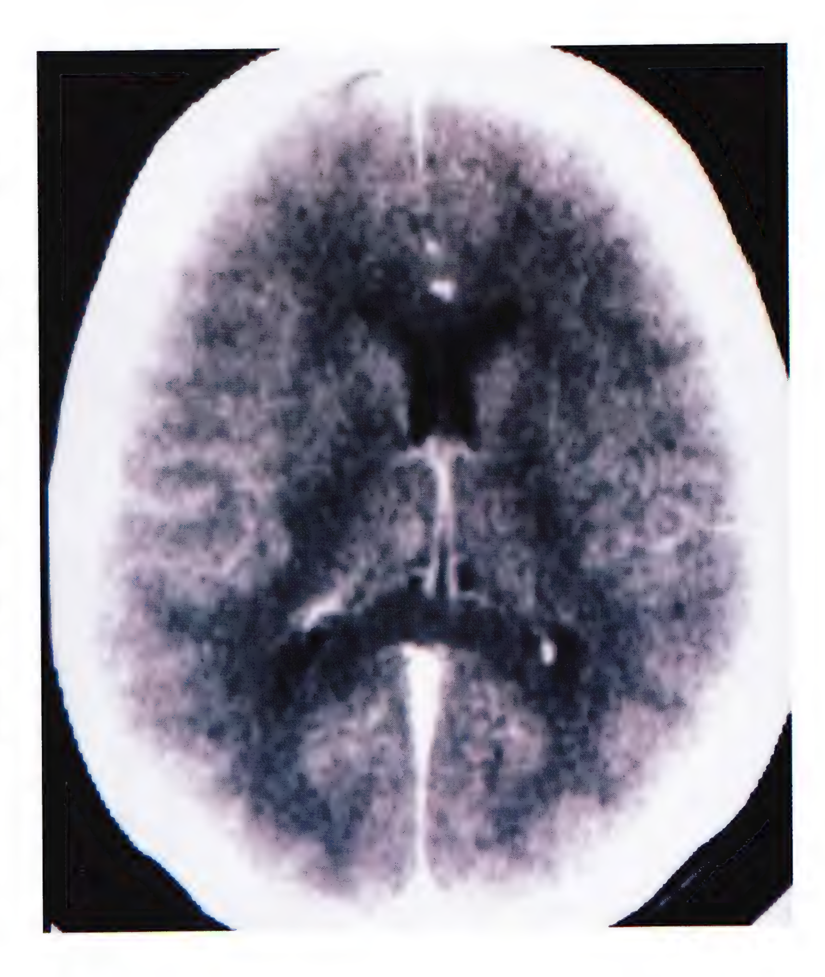
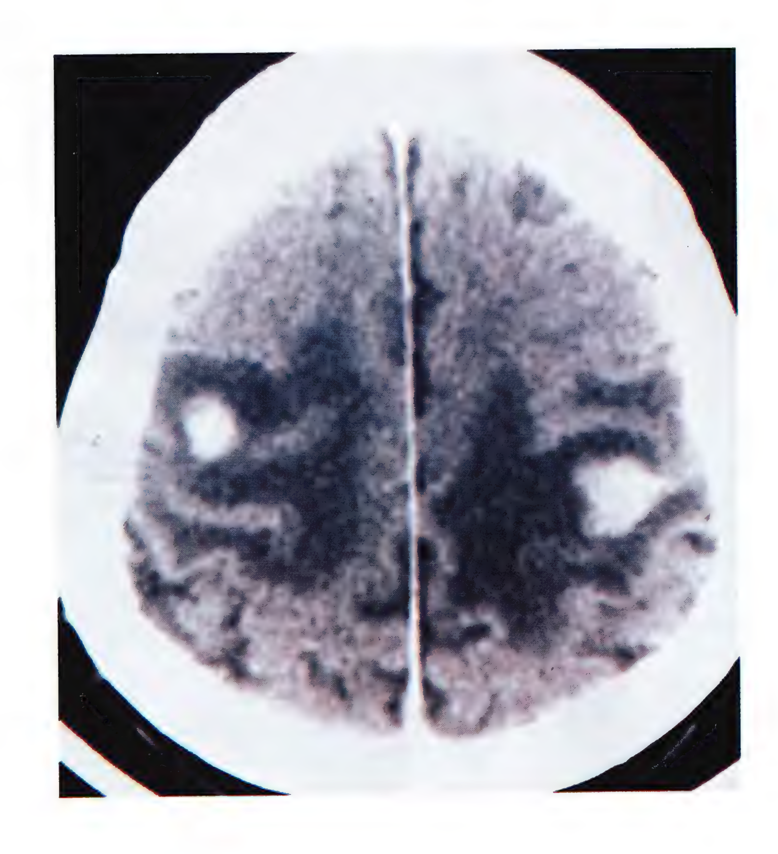


Abb. 61:
Alte vernarbte Netzhautablösung im Bereich der Fovea centralis und lateral im re. Auge.

Abb.62:
im zugehörigen CCT sehen wir, daß der chronisch rezidivierende Prozeß noch keineswegs zur Ruhe gekommen ist, sondern das narbige Sehrinden-Relais li. ist gerade wieder in Aktivität geraten (scharfe Schießscheiben der zwei HHe)

Abb. 63:
Zwei Schießscheibenkonfigurationen in ca-Phase im rechten und linken periinsulären Bereich. Dies entspricht einer schizophrenen Konstellation und zwar in diesem Falle einer solchen mit postmortalem Zwangsdenken bei einer Sektenchefin, die tagtäglich nur darüber nachdachte, daß nach ihrem Tode (sie war schwerkrank) ihr gutaussehender Mann eine andere hübsche Frau haben würde.





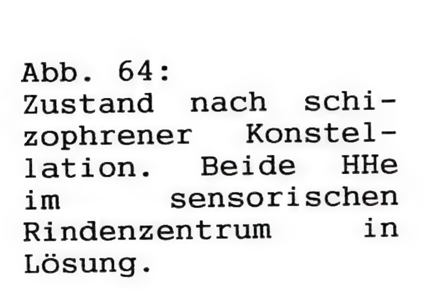


Abb. 64:
Zustand nach schizophrener Konstellation. Beide HHe im sensorischen Rindenzentrum in Lösung.

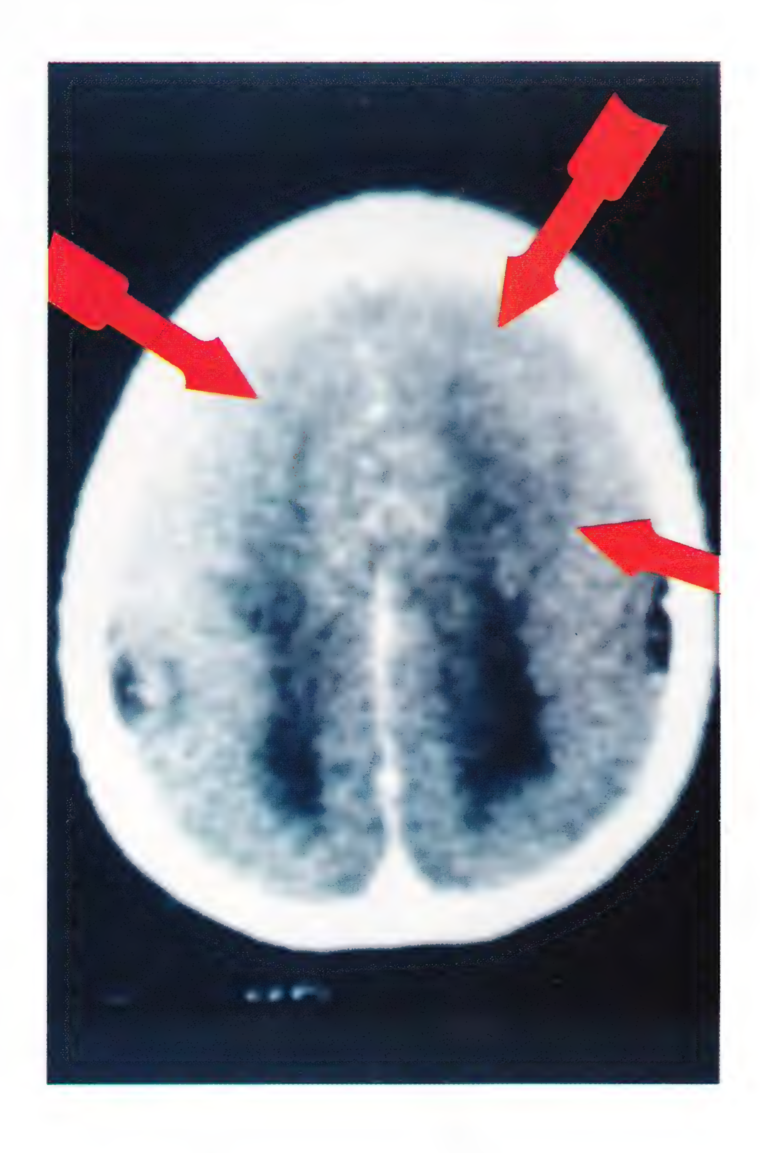


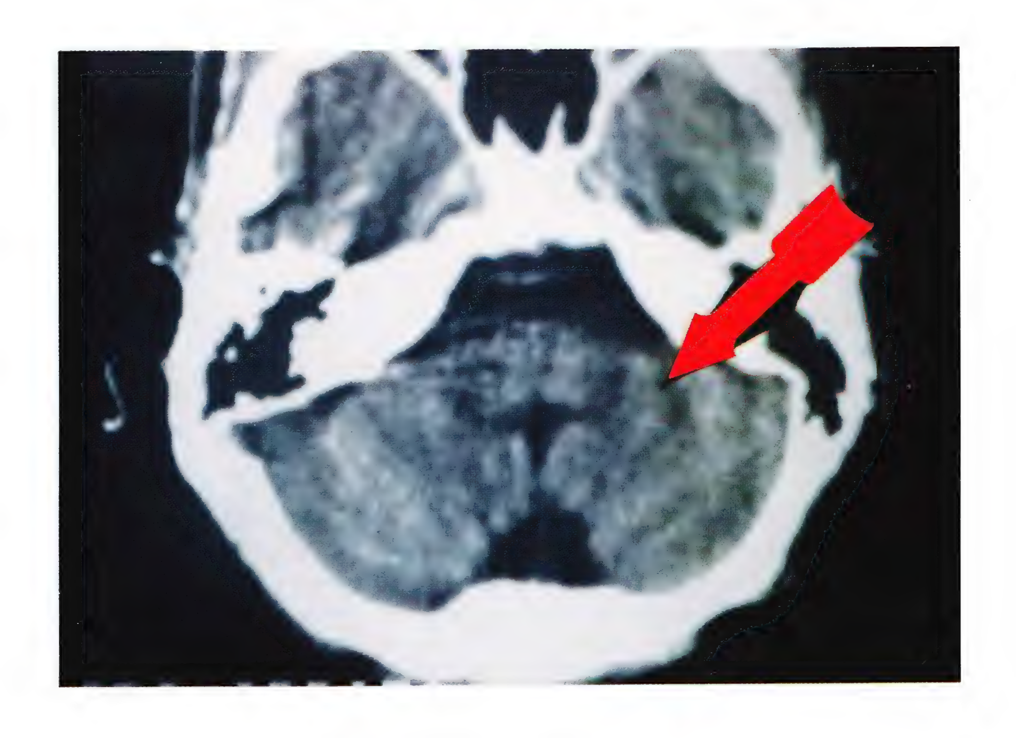
Abb. 65-67: Aufnahmen eines kleinen Jungen
Hirn-CTs und Lungenaufnahme eines achtjährigen Jungen, den seine Kameraden aus Spaß an einen Baum gebunden hatten. Sie sagten, sie kämen zurück mit Kanonen und würden ihn erschießen. Der Junge konnte sich nicht befreien, weil er mit den Händen an den Baum gefesselt war. Er wurde spät abends von einem Spaziergänger befreit.

Abb. 65:
CCT das eine motorische Lähmung beider Arme zeigt. Man sieht die einzelnen Schießscheibenringe im motorischen Rindenzentrum. Die Arme des Jungen waren weitgehend gelähmt.

Abb. 66:
Die Lungenaufnahme zeigt einen großen Lungenrundherd und weitere kleinere. Der Junge hatte monatelang jede Nacht im Traum das schreckliche Erlebnis wieder geträumt und Todesangst ausgestanden. Es gelang ihm schließlich den Konflikt zu lösen; er ist an einer Lungentuberkulose gestorben.



Abb. 67 (unten)
zeigt das CT des Stammhirns, der Pfeil zeigt auf das Alveolar-Relais im rechten Stammhirn in pcl-Phase. Der Junge hatte wochenlang starken Nachtschweiß, subfebrile Temperaturen und Hämoptoe, er wurde aber nicht auf Tuberkulose behandelt, weil der Lungentumor ganz im Vordergrunde der Behandlung stand. Bei solch eindeutiger Diagnose will natürlich niemand an Tuberkulose denken.



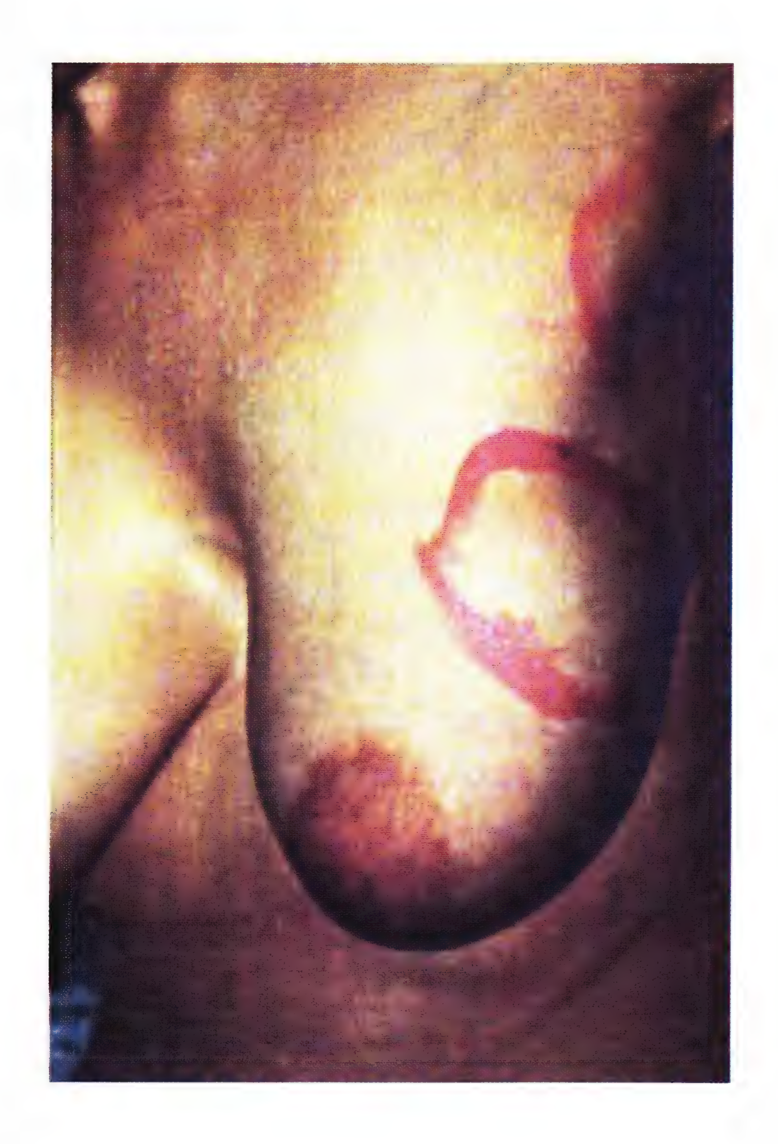
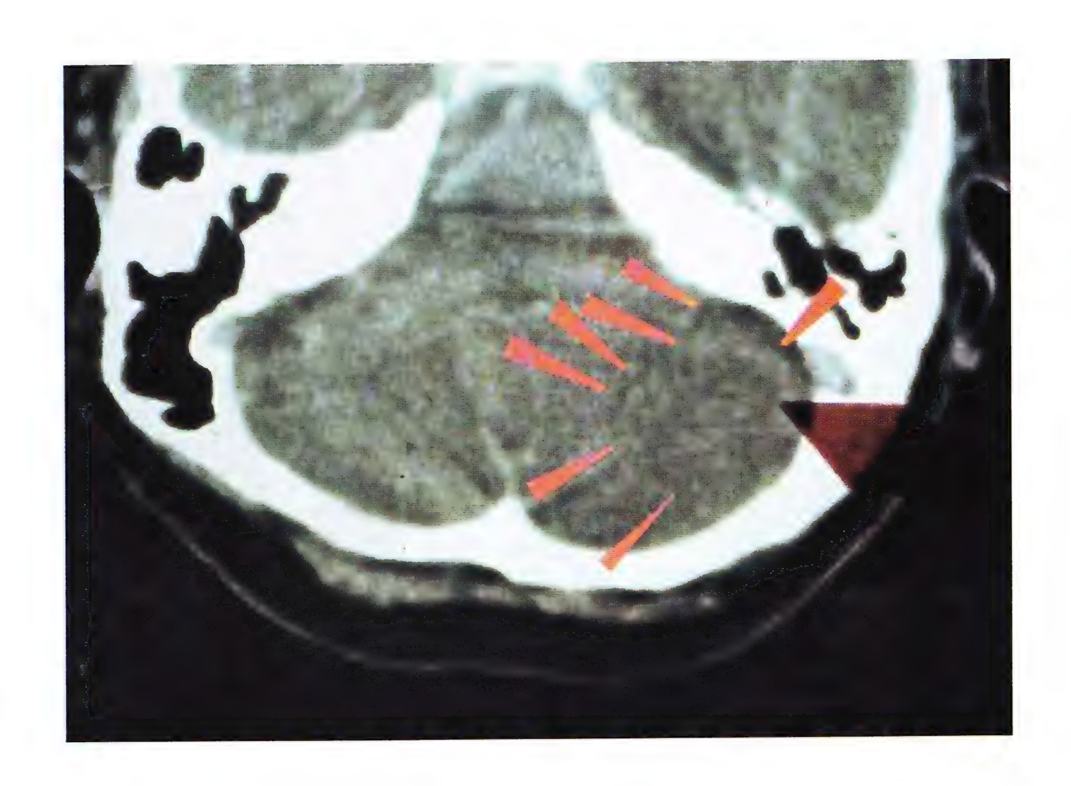


Abb. 68:
Junge Frau mit 2 aktiven, Zellvermehrung machenden Brustdrüsentumoren. Der untere Tumor der rechtshändigen Frau entspricht einem Tochter-Mutter-Streit-Konflikt. Der obere kleinere einem Mutter-Kind-Sorge-Konflikt wegen einer Amniozentese zum Zweck des Vaterschaftnachweises. Sie bekam eine furchtbare Angst, daß das Kind durch diesen Eingriff geschädigt worden sei. In der Folgezeit lief der gesamte Vaterschaftsprozeß auf dieser eingefahrenen Schiene, auch wenn das Kind längst gesund geboren war.

Abb. 69:
Mammographie der linken Brust. Die Pat. hatte aber keinerlei Beschwerden und hat in dieser Brust beim Stillen mehr Milch gehabt als in der rechten.



Abb. 70: (unten)
In diesem CCT des Kleinhirns sieht man im rechten lateralen Bereich zwei aktive Schießscheibenringformationen, die sich überlappen. Die beiden HHe in Aktivität entsprechen hängend aktiven Mutter-Kind bzw. Tochter-Mutter-Konflikten.



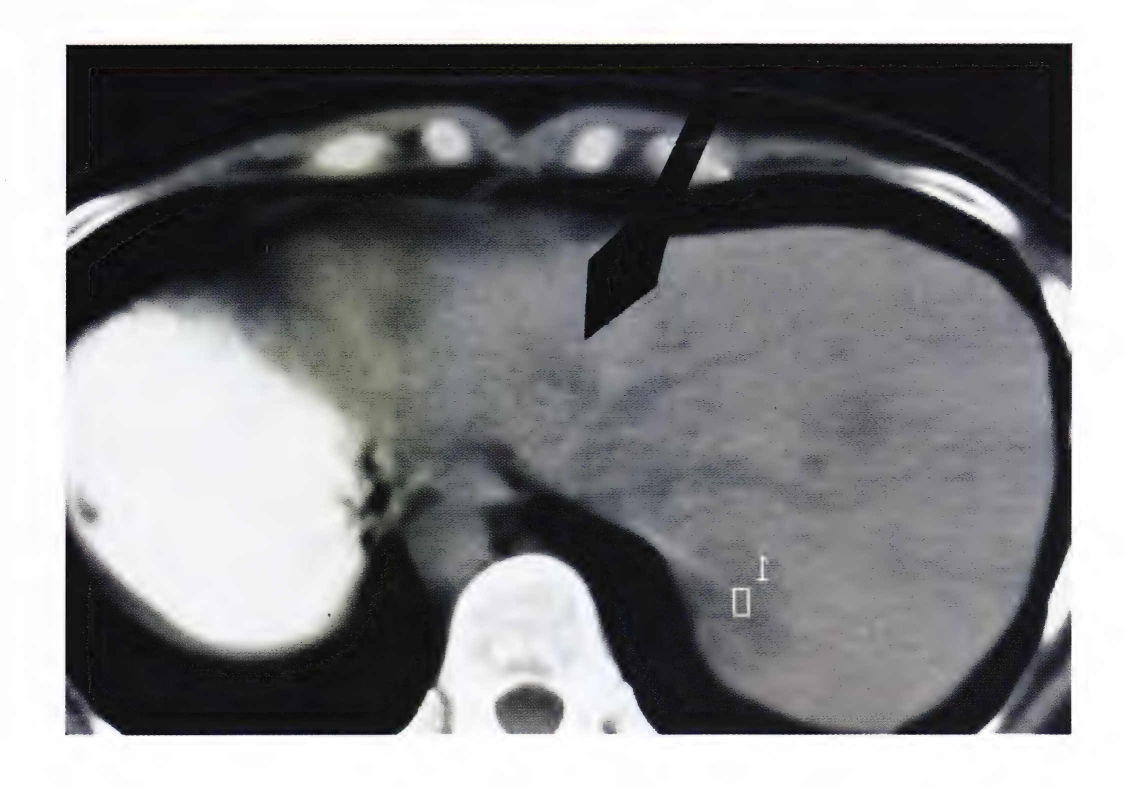
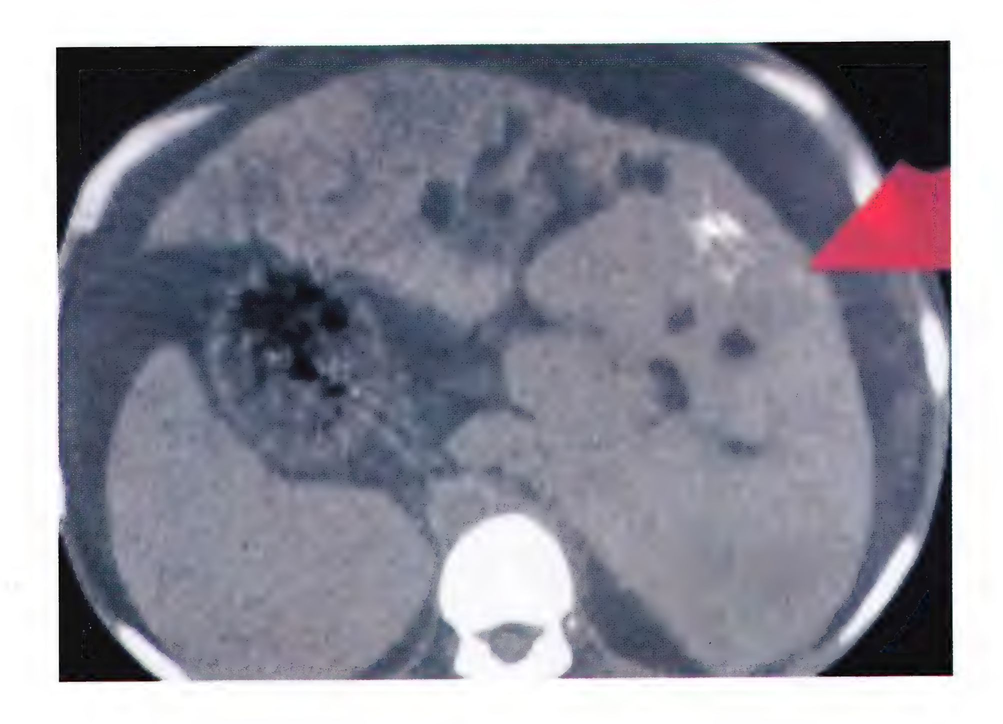
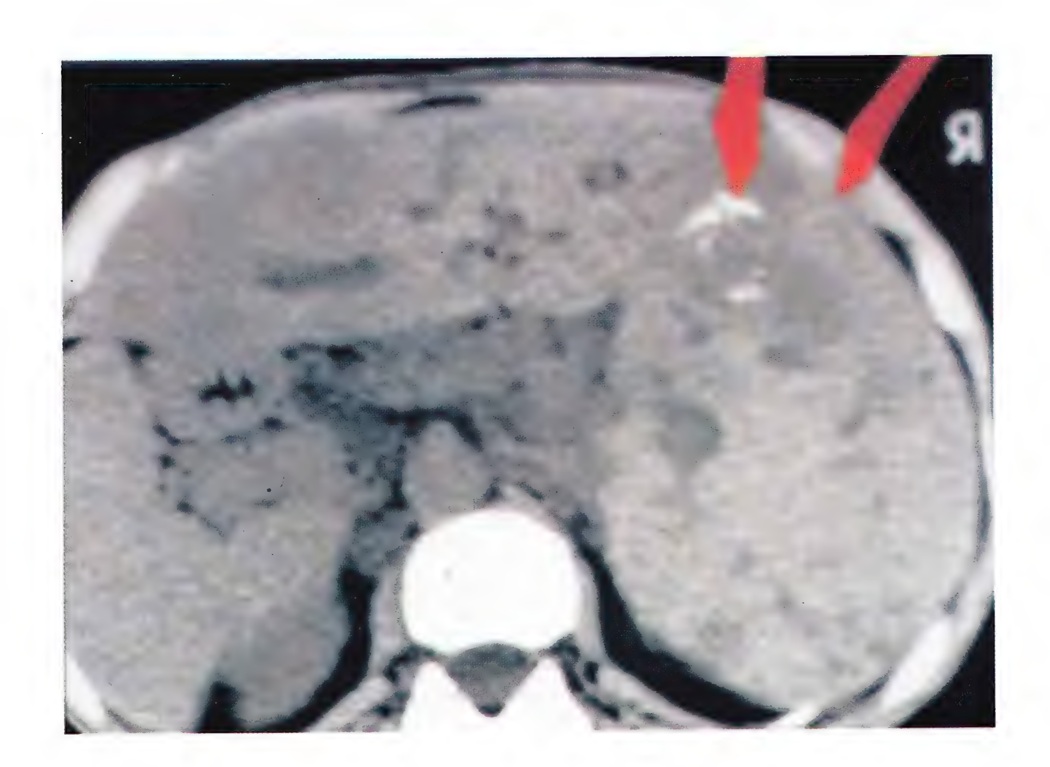


Abb. 71:
Mehrere Schießscheibenkonfigurationen in der Leber: Stets frühes Stadium eines sog. solitären Leberkarzinoms. Die Schießscheiben-Konfiguration des Organs steht mit der Schießscheiben-Konfiguration in Korrspondenz, genauer gesagt können mehrere Organschießscheiben-Konfigurationen mit einer Gehirn Schießscheiben-Konfiguration in Korrespondenz stehen. Das Aufregende an diesem empirisch gefundenen Zusammenhang ist, daß praktisch das Gehirn und das Organ im gleichen Takt schießscheibenkonfigurationsmäßig schwingen, d.h. wir können uns das Organ mit seinen Zellkernen, die alle miteinander vernetzt sind quasi als ein zweites Gehirn vorstellen, als Organgehirn. Kopfgehirn und Organgehirn schwingen in der gleichen Phase in gleicher Weise, wie unsere Schießscheibenkonfigurationen zeigen. Mal gibt das Kopfgehirn Befehle an das Organgehirn, z.B. Motorik, mal gibt das Organgehirn Informationen an das Kopfgehirn, z.B. Sensorik. Wir wußten diese Dinge z.T. schon aus der Neurologie, kamen aber bisher nicht weiter, weil wir die Zusammenhänge der NEUEN MEDIZIN nicht kannten.

Abb. 72-74 zeigen den Verlauf solcher Schießscheibenkonfigurationen in der Leber.





Auf Abb. 72 u. 73 sehen wir bereits verkalkte Herde, wieder neue aktive Herde (Abb. 73) und Heilungsverläufe, die einem chronisch-rezidivierenden Prozeß entsprechen.

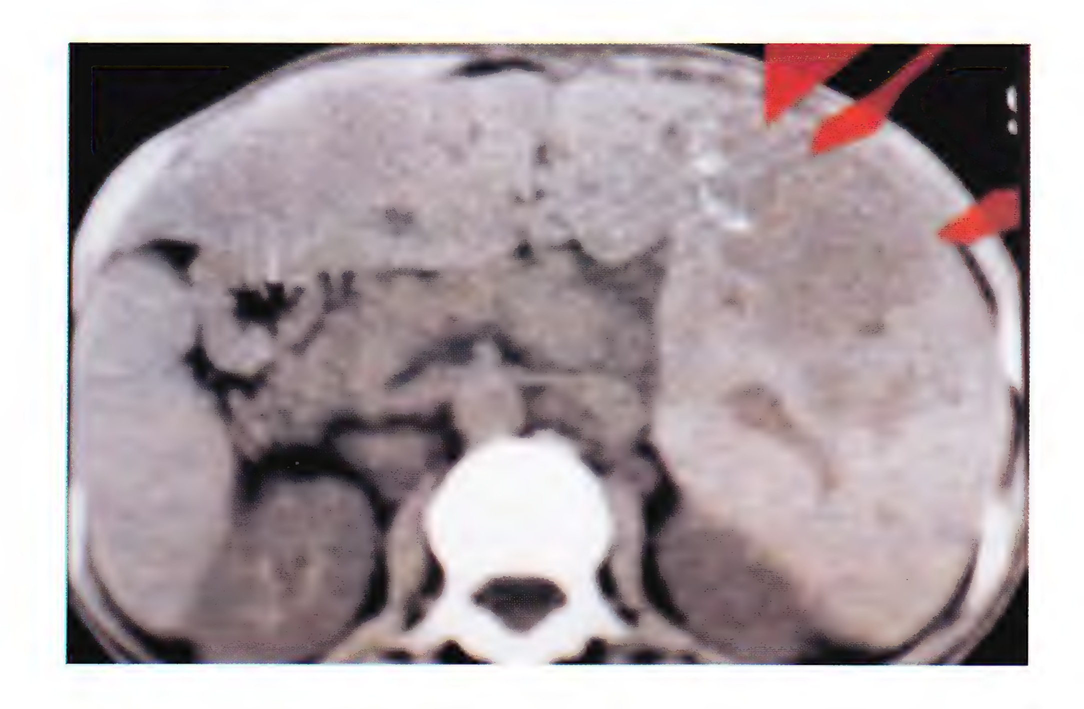


Abb. 74:
Erneute Heilungsphase dieses Restzustandes (Verkalkung) und erneut abgelaufenem Leber-soltitär-Karzinoms (chronisch rezidivierende Verhungerungsangst). Immer sieht man die Rundstruktur der "Leberrundherde", die von der ursprünglichen Schießscheiben-Konfiguration ausgeht.



Abb. 75:
HH in der pcl-Phase in der rechten Sehrinde bei einer jungen Hebamme, die um ein Haar eine Kreißende an Verblutung (Cervix-Riß) verloren hätte. Sie hatte danach dauernd die Angst-im-Nacken, daß das bei einer Kreißenden nochmals passieren könnte. Nach Ausscheiden aus der geburtshilflichen Abteilung löste sich der Konflikt. Das linke Auge war schon in der ca-Phase in der Sehkraft verschlechtert gewesen, jetzt mit einer Netzhautablösung in der pcl-Phase erfolgte die übliche passagere dramatische Verschlechterung als Symptom der Heilung.

Abb. 76:
Konfliktaktivität des HHs im linken periinsulären temporalen Bereich. Konflikt: Nach der schönsten Liebesnacht sagte der Ehemann zu seiner Frau, das sei doch unwichtig. Die Patientin erlitt einen sexuellen Frustrationskonflikt mit einem histologisch gesicherten Gebärmutterhals-Karzinom und einem Koronarvenen-Ulcus-Karzinom. Sie löste den Konflikt durch Trennung von ihrem Ehemann, überlebte die epileptoide Krise der Lungenembolie. Nach weiteren drei Monaten war der Abstrich-Befund an der portio negativ.



Abb. 77:
HH in der pcl-Phase eines Gebärmutterhals-Karzinoms und Koronarvenen-Ulcus-Ca unmittelbar vor dem Rechtsherzinfarkt bzw. der Lungenembolie. Der Konflikt war: Der Freund der Patientin hatte ihre beste Freundin geschwängert. Konfliktdauer sieben Monate. CL erfolgte durch Aussöhnung der beiden Freundinnen. Die Pat. überlebte sowohl das Gebärmutterhals-Karzinom als auch den sog. Hirntumor ohne spezielle schulmedizinische Therapie. Die hochdramatische epileptoide Krise (Herz- und Lungeninfarkt) wurden mit hohen Cortisondosen beherrscht.

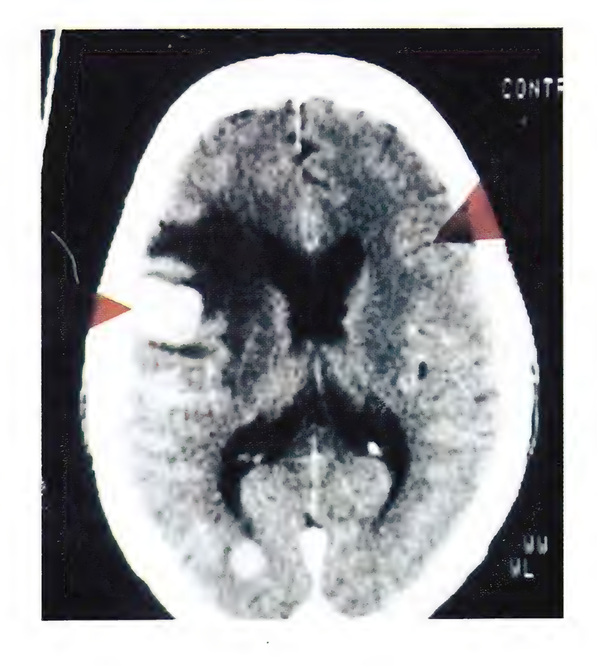




Abb. 78:
HH mit Revierkonflikt eines rechtshändigen Mannes in der pcl-Phase nach Linksherzinfarkt (Koronararterien-Ulcus-Schwellung). Der Konflikt war: Der einzige Sohn des Patienten, der Bauer war, war scheinbar tödlich verunglückt, lag auf der Intensivstation. Der Bauer erlitt 1. einen Revierkonflikt, weil er glaubte keinen Hoferben mehr zu haben, 2. einen Verlustkonflikt als Vater. In der pcl-Phase (Sohn überlebte) erlitt er seinen Linksherzinfarkt und eine Schwellung des rechten Hodens. Der Patient überlebte ohne schulmedizinische Therapie.

Erlangen, 22.12.89

Sog. fragliche Ringstrukturen/Artefakte im Hirn-CT

Die Unterzeichner haben folgende 8 Ausschlußkriterien erarbeitet, die das Vorliegen von sog. Ringartefakten ausschließen.

Ein Ringartefakt liegt demzufolge sicher nicht vor,

1. wenn im NMR eine vergleichbare eindeutige Ringformation sichtbar ist,

2. wenn die Ringe nicht rund, sondern "eingedellt" sind, d.h. offensichtlich Raumforderungen miteinhergehen,

3. wenn eine Kreisformation offensichtlich Gliaeinlagerungen hat,

4. wenn der oder die Ringe nicht im Dreh-Zentrum der Anlage liegen ("parazentrale Schießscheibenkonfiguration"),

5. wenn mehrere Kreise gleichzeitig nebeneinander bestehen, kann höchstens 1 Ringformation Ringartefakt sein,

6. wenn die Ringformationen einen klinisch-radiologischen "Verlauf" haben, d.h. daß sie auf nachfolgenden Kontroll-CTs wieder an gleicher Stelle, aber verändert sichtbar sind.

7. Die gerägeabhängigen Artefakte sind kreisförige oder kreissegmentförmige Strukturen um das Drehzentrum der Anlage.
Wenn solche Strukturen echten anatomischen Gegebenheiten entsprechen können, empfiehlt sich die Wiederholung des Scans mit seitlich oder in der Höhe verschobener Patientenposition.
Wenn die Struktur in dem wiederholten Tomogramm bezüglich markanter, patienteneigener Strukturen nicht verschoben ist, liegt kein Artefakt vor.

Siemens Aktiengesellschaft
Bereich Medizinische Technik
Henkestraße 127 - Telefon (0 91 31) 840
Postfach 32 60
8520 Erlangen

Entwurf für ein weiteres gemeinsames Protokoll einer geplanten Studie an CT-Serien freiwilliger Patienten mit Rundstrukturen im Hirn-CT, die aber, (siehe Text), verhindert wurde.

SIEMENS

Erlangen, 18.05.90

Betrifft: sog. Ringstrukturen, Rundformationen, Schießscheiben-Formationen oder HAMERsche HERDE im Hirn-CT

Die Fa. Siemens und Herr Dr. Hamer bestätigen folgende physikalisch-technische Zusammenhänge:

Die Unterzeichner haben schon am 22.12.89 folgende 8 Ausschluß-kriterien erarbeitet, die das Vorliegen von sog. Ringartefakten ausschließen:

Ein Ringartefakt liegt demzufolge sicher nicht vor,

1. *wenn im NMR eine vergleichbare eindeutige Ringformation sichtbar ist,*
2. *wenn die Ringe nicht rund, sondern "eingedellt" sind, d.h. offensichtlich Raumforderungen miteinhergehen,*
3. *wenn ein Kreis ganz offensichtlich oedematisierte Ring-Begleiterscheinungen hat ("Oedem-Ringe")*
4. *wenn der oder die Ringe nicht im Dreh-Zentrum der Anlage liegen ("parazentrale Schießscheibenkonfiguration")*
5. *wenn eine Kreisformation offensichtlich Gliaeinlagerungen hat,*
6. *wenn mehrere Kreise gleichzeitig nebeneinander bestehen, könnte höchstens 1 Ringformation sog. "Ringartefakt" sein,*
7. *wenn die Ringformationen einen klinisch-radiologischen "Verlauf" haben, d.h. daß sie auf nachfolgenden Kontroll-CTs wieder an gleicher Stelle, aber verändert sichtbar sind.*
8. *Es liegt auch kein Artefakt vor, wenn die Rundformationen nur auf einem Teil der CT-Schichten sichtbar sind, auf anderen aber fehlen.*
9. *Die geräteabhängigen sog. "Artefakte" sind kreisförmige oder kreissegmentförmige Strukturen um das Drehzentrum der Anlage. Wenn solche Strukturen echten anatomischen Gegebenheiten entsprechen können, empfiehlt sich die Wiederholung des Scans mit seitlich oder in der Höhe verschobener Patientenposition. Wenn die Struktur in dem wiederholten Tomogramm bezüglich markanter, patienteneigener Strukturen nicht verschoben ist, liegt kein Artefakt vor.*

Kapitel XII

Die Therapie in der NEUEN MEDIZIN

A. Normaler und außergewöhnlicher Ablauf einer sog. Erkrankung

a. mit Konfliktlösung
Normal ist bei einer Krankheit, daß sie stets ein DHS hat. Außerdem ist es eine Gesetzmäßigkeit, daß sie nach diesem DHS immer eine Sympathicotoniephase hat.
Von da ab gibt es mehrere Dinge die normalerweise gesetzmäßig verlaufen bzw. gesetzmäßig verlaufen können.

1. Wenn es zu einer Konfliktlösung (CL) kommt, dann ist die Erkrankung zweiphasig, d.h. dann folgt nach der Konfliktlösung eine vagotone Heilungsphase.

b. ohne Konfliktlösung

2. Wenn es nicht zu einer Lösung kommt, dann hält die Dauer-Konfliktaktivität an und es gibt wieder 2 Möglichkeiten:
   a) Die Konfliktaktivität ist stark, dann kann das bedeuten, daß die Erkrankung tödlich in der Kachexie ausmündet.
   b) Der Organismus schafft es, den Konflikt herunterzutransformieren (=hängende Konfliktaktivität), d.h. der Organismus hat sich quasi mit dem Konflikt eingerichtet, es bleibt zwar Konfliktaktivität, aber diese ist heruntertransformiert, ist nicht mehr stark. Solche heruntertransformierten Konfliktaktivitäten, solche hängend aktiven Konflikte, können von Mutter Natur regelrecht als Teil eines Sozialprogramms innerhalb eines Rudels, Familie, Herde etc. eingesetzt werden.
3. Der Konflikt kann rezidivierend sein, dann gibt es wieder zwei Möglichkeiten:
   a) Wir haben überwiegend Konfliktaktivität, abgelöst von kleinen oder kurzen Heilungsphasen. Wir sprechen dann von einem chronisch-rezividierendem Konfliktgeschehen.
   b) Der Konflikt ist quasi dauernd in Lösung, kommt jedoch nie zu Ende, weil vorher immer ein kurzes konfliktaktives Rezidiv einschlägt. Wir sprechen dann von einer "hängenden Heilung", was quasi einem chronisch-rezidivierenden Konflikt entspricht, nur daß die Zeitenverteilung eine andere ist. In diesem Falle ist also dauernd Heilung, nur von kurzen Konfliktrezidiven abgelöst. Solche Zustände sind z.B. der sog. Morbus Parkinson, bei dem der Pat. gewöhnlich seinen Parkinson-Tremor hat, der eine Form der Heilung ist, genauer gesagt eine Heilung eines motorischen Konfliktes der Handmuskulatur. Nachts träumt der Patient regelmäßig seinen Konflikt wieder, nur kurz, aber heftig. Die Heilung beträgt 23 Stunden und vielleicht 58 Minuten, das Konfliktrezidiv beträgt nur 2 Minuten, und trotzdem kommt diese Heilung nicht zu Ende.

Selbstverständlich gibt es nun auch Kombinationen dieser Verlaufsmöglichkeiten, also z.B. eine Heilung mit einem einzelnen Rezidiv oder eine Konfliktaktivität, die einmal eine kurze vollständige Lösung hatte, die allerdings dann nur kurz angedauert hat. Es gibt auch hängendaktive Konflikte, die plötzlich in chronisch-rezidivierende Konflikte oder auch in hängende

Heilungen umwechseln.
Alles das entspricht natürlich dem psychischen Auf und Ab in der Seele eines Patienten.

c. Kombinationen verschiedener Konflikte, "Syndrome"
Es gibt nicht nur innerhalb eines Konfliktes oder Konflikt-geschehens die verschiedensten Variationen, sondern es gibt natürlich auch Variationen, wenn mehrere Konflikte gleichzeitig oder phasenverschoben miteinander vorkommen.

Es kann also sein, daß zwei oder drei Konflikte alle aktiv sind, daß diese Konflikte auf der gleichen Gehirnseite miteinander eingeschlagen sind, z.B. beim gleichen DHS - nur an verschiedenen Stellen, entsprechend einem verschiedenen Konfliktaspekt.
Es kommt natürlich auch vor, daß zwei verschiedene Konflikte zwar gleichzeitig miteinander aktiv sind, jedoch nicht zur gleichen Zeit gelöst werden. Dann ist anschließend der eine Konflikt aktiv, der andere schon in Lösung. Wir haben dann eine sog. gemischte Innervation, d.h. halb Sympathicotonie halb Vagotonie, was sich keineswegs zur Normalität summiert, sondern was z.T. erhebliche Komplikationen machen kann.

Hat eine Patientin z.B. einen Angst-Ekel-Konflikt im linken Zucker-Zentrum und auf der rechten Großhirnhemisphäre cortical einen weiteren Konflikt in Aktivität gehabt, der inzwischen in Lösung gegangen ist, dann hat sie eine dauernde Unterzuckerung zusammen mit einer Vagotonie. Das bedeutet, daß sie ungeheure Mengen ißt und dabei adipös wird. Die Betreffende war, anders ausgedrückt, in schizophrener Konstellation bei corticalen Konflikten (s.dazu Kapitel über die Geistes- und Gemütskrankheiten).

Ein weiteres Beispiel ist die sog. perniziöse Anämie, ein in jedem Lehrbuch aufgeführtes Krankheitsbild. Wir kannten ursächlich schon die zweite Stufe der ersten Komponente, nämlich den Mangel an Intrinsic-Faktor bei Magen-Ulcus oder Gastritis. Wir kannten nur nicht die Ursache für die Gastritis. Für die zweite Komponente, nämlich die Anämie, kannten wir noch gar keine Ursache. Den Intrinsic-Faktor-Mangel substituieren wir mit Vitamin B12. Nun wissen wir beide Ursachen:

1. Der Patient hat einen Selbstwerteinbruch-Konflikt in der ca-Phase.
2. Der Patient hat einen Revierärger-Konflikt mit Magen-Ulcus und Gastritis, ebenfalls in ca-Phase und kann dadurch keinen Intrinsic-Faktor produzieren.

Die Kombination dieser beiden Komponenten, d.h. eines mesodermalen Großhirn-Marklager-gesteuerten Konflikts und eines ektodermalen cortical gesteuerten Konflikts (gleichseitig oder kontralateral ist dabei anscheinend nicht so wichtig), ergibt diese besondere Krankheitskombination der perniziösen Anämie.

Auch wenn wir jetzt diese perniziöse Anämie durch Lösung beider Konflikte ursächlich zu therapieren wissen, hindert uns doch niemand daran, dem Patienten einstweilen schon einmal Vitamin B12 zu spritzen.
Ein weiteres Beispiel:
In jedem Lehrbuch wird das nephrotische Syndrom beschrieben. Symptome: Proteinurie, Hypo- und Dysproteinämie, Hyperlipidämie, beschleunigte Blutkörpersenkungsgeschwindigkeit, evtl. generalisierte Oedembildung. Man vermutet als Ursache veränderte Durchlässigkeit der glomerulären Basalmembran, sowohl bei entzündlichen als auch bei degenerativen Nierenerkrankungen.

Durch die NEUE MEDIZIN können wir nun die Ursache dieses "Syndroms" abklären: Es handelte sich schlicht um eine Nierensammelrohr-Karzinom-Tuberkulose, also um die biologische Heilungsphase des Sammelrohrkarzinoms. Der zugehörige Konflikt ist ein Flüchtlings- oder Existenzkonflikt.

Da es bei diesem Existenzkonflikt aus der Natur der Sache heraus häufig Rezidive gibt und dann wieder Lösungsphasen, galt das nephrotische Syndrom als chronisch.

Die Patienten sind uns früher meist an der Hypo- und Dysproteinämie gestorben, während die Nierenfunktion hinsichtlich der harnpflichtigen Substanzen immer intakt geblieben war. Der Eiweißverlust erklärt sich folgendermaßen: So wie bei einer tuberkulösen Verkäsung eines Brusttumors in der pcl-Phase sehr viel Wundsekret gebildet wird, so wird das gleiche Wundsekret im Nierenbecken bei der Verkäsung eines Sammelrohrkarzinoms gebildet. Die Methode der Wahl ist, die Hypoproteinämie mit Albumininfusionen zu substituieren, solange, bis die Heilungsphase ihren definitiven Abschluß gefunden hat. Dies setzt wiederum voraus, daß wir dafür sorgen müssen, daß keine neuen Rezidive mit anschließenden pcl-Phasen und erneuten nephrotischen Syndromen mehr eintreffen (siehe dazu 2 Fälle aus der anliegenden Celler Dokumentation).

Wir könnten natürlich die Erklärung der unterschiedlichsten Syndrome durch die NEUE MEDIZIN noch beliebig fortsetzen - dazu ist im Rahmen dieser Habilitationskurzfassung leider nicht der Platz.

B. Das Arbeiten mit den biologischen Gesetzmäßigkeiten

Die praktische Anwendung der NEUEN MEDIZIN muß unterscheiden zwischen der vom System gegebenen optimalen und der heute durch viele gesellschaftliche und medizinische Gegebenheiten machbaren Therapie.

Nach einer gründlichen anamnestischen Befragung des Patienten unter Einbeziehung seines menschlichen Umfelds muß der Arzt nun in der Lage sein, zu den von dem Patienten geklagten Beschwerden oder schon mitgebrachten Befunden, eine Konfliktanamnese zu erheben. Für einen Mediziner der NEUEN MEDIZIN sind absolut alle Informationen, sowohl menschlicher als auch medizinischer Art von höchstem Interesse. Denn es gibt immer eine Reihe von Hirnnarben, die man ohne diese Informationen sonst nicht erklären kann. Als wichtigsten Punkt sucht man das DHS herauszufinden, den genauen Zeitpunkt und alle Begleitumstände zu eruieren. Nach Möglichkeit sollte schon bei der ersten gründlichen Untersuchung ein Hirn-CT vorliegen, was eine nichtinvasive zumutbare Untersuchung darstellt. Das CCT ist deswegen für die Konfliktanamnese von so großer Bedeutung, da man auf der Grundlage des CCTs nach den Inhalten der Konflikte gezielt fragen kann, deren Geartung man auf der Aufnahme schon ersehen hat. Es ist für die Auswertung zunächst einmal ausreichend, ein CCT in den Standardschichten ohne Kontrastmittel anfertigen zu lassen, die Bestrahlungsdosis ist minimal. An die Stelle des CCTs eine Magnetresonanzuntersuchung (NMR) zu setzen, ist nach der NEUEN MEDIZIN unangebracht. Die Untersuchung dauert wesentlich länger, ist psychisch sehr belastend und über die Auswirkungen auf das Organ weiß man noch sehr wenig. Das NMR hat zudem den Nachteil, daß wir auf ihm scharfringige Schießscheibenkonfigurationen nicht sehen können, da es nur auf die Wassermoleküle geeicht ist. Allenfalls für die pcl-Phase und besondere Spezialuntersuchungen ist das NMR anzuraten, da Gliaansammlungen und Oedeme von ihm sehr gut dargestellt werden, was ein CT für den Fachmann aber genauso leistet. Die Kernspinuntersuchungstechnik hat den Nachteil, die organischen und cerebralen Veränderungen optisch meist viel zu dramatisch erscheinen zu lassen. Dem Patient wird dadurch bisher der Eindruck vermittelt, als habe er z.B. einen riesigen Hirntumor, was beim gleichen Patienten auf einem CCT wesentlich undramatischer erscheint. Die einzelnen Schritte, wie man den Verlauf der bisherigen Erkrankung zurückverfolgt, ist im Kapitel über die Methodik ausführlich besprochen worden. Auch die verschiedenen Variations- und Kombinationsmöglichkeiten haben wir schon kennengelernt. Hier wollen wir eine Reihe praktischer Fragen noch besprechen. Dabei soll an dieser Stelle bewußt die biologisch optimale Therapie zurücktreten vor den praktischen Fragen, die den Patienten derzeit auf den Nägeln brennen. So würde man zwar in der NEUEN MEDIZIN einem Patienten mit Darm-Ca den Rat geben, möglichst unmittelbar vor der CL Tuberkelbakterien zu schlucken. Damit käme man aber mit verschiedensten heutigen Gesetzen und Vorschriften in Kollision. Daher nutzt es dem Patienten nicht viel, ihm zu sagen, was man bei ihm theoretisch optimalerweise machen könnte, wenn dieser Weg praktisch verboten ist.

1. Konfliktverlaufsberechnung vom DHS an

Man sollte nie vorschnelle Diagnosen und Prognosen geben, solange man nicht z.B. die Dauer und Intensität der Konfliktaktivität, also die Konfliktmasse, kennt und solange man sich nicht

darüber im klaren ist, ob der Konflikt oder die Konflikte realiter und machbar zu lösen sind. Manche Konflikte erscheinen theoretisch leicht lösbar, sind es in der Realität jedoch nicht, weil der Patient in den verschiedensten Zwängen steckt. Er kann seinen Arbeitsplatz nicht aufgeben, seine Firma nicht verkaufen, sich nicht scheiden lassen, seiner Schwiegermutter nicht aus dem Weg gehen usw.. Wenn all diese für eine Lösungsmöglichkeit wichtigen Gesichtspunkte in der Praxis nicht machbar sind, muß man versuchen, mit dem Patienten und vielleicht auch mit den in den Konflikt involvierten Angehörigen oder Freunden (oder auch Arbeitgeber, Bank, Behörden etc.) eine zweit- oder drittbeste- oder auch rein geistige Konfliktlösungsmöglichkeit für ihn herauszufinden. Erst dann hat man einen Anhaltspunkt für eine spätere Prognose. Die meisten Konflikte wird man versuchen zusammen mit dem Patienten einer Lösung zuzuführen. Die Ausnahmen, bei denen eine Konfliktlösung vermieden werden soll, werden in diesem Kapitel noch thematisiert.

2. Was erwartet uns auf cerebraler und organischer Ebene?
Die NEUE MEDIZIN ist keine Teildisziplin, die sich nur z.B. auf die Conflictolyse beschränken und Komplikationen an andere Teildisziplinen delegieren könnte, sondern sie ist eine umfassende Medizin, die alle Schritte des Krankheitsverlaufs auch auf cerebral-organischer Ebene im Auge behalten muß. Dazu gehört natürlich, daß man durch den bisherigen Konfliktverlauf abschätzen können sollte, wie lange der Heilungsverlauf dauert, welche Gefahren und Komplikationen zu erwarten sind, sowohl auf cerebraler als auch organischer Ebene. Es ist natürlich hier nicht der Platz, sämtliche möglichen Komplikationen aufzuzählen; das macht schließlich die Erfahrung eines Klinikers aus, diese zu kennen.

Selbstverständlich würde ein guter Arzt alle hilfreichen Möglichkeiten z.B. medikamentöser und chirurgischer Art bei dem Patienten anwenden, sofern er dies auch bei sich selbst täte. Die NEUE MEDIZIN hat die Aufgabe, mit dem Patienten die pcl-Phase durchzustehen, sofern eine Lösung gelingt. Die pcl-Phase beinhaltet für den Arzt im allgemeinen die weit größere Schwierigkeit als die ca-Phase. Nicht nur, daß wir dem Patienten beibringen müssen, daß die Symptome, die ihm bisher als schlecht dargestellt worden sind, nunmehr in den meisten Fällen zu begrüßen sind, es sind auch reale medizinische Krisen zu überstehen. Denken wir dabei z.B. an die erste Phase der leukämischen Heilung oder an die epileptischen/epileptoiden Krisen, die uns jetzt auch medikamentös vor eine neue Herausforderung stellen, weil wir sie bisher, wenn überhaupt, dann nur unter anderen Etiketten gekannt bzw. fehlverstanden hatten. Wir bauen auf den symptomtherapeutischen Möglichkeiten auf, die wir schon immer hatten, beispielsweise eine Vagotonie abzumildern, müssen aber jetzt durch das neue Verständnis der Mikroben ganz andere Überlegungen dabei anstellen. Es ist deshalb nicht möglich, therapeutische Dosierungsempfehlungen zu geben, wie das bisher in jedem Lehrbuch üblich war. Das trifft ganz besonders auch für das Cortison zu, von dem wir wissen, daß es ein Oedem, zumal im Gehirn, zurückdrängen kann.

3. Die Medikation
Es ist nötig, hier grundsätzlich zu erklären, daß man zur hilfreichen Unterstützung des Heilungsverlaufs jedes

symptomatisch wirkende Medikament miteinbeziehen muß.
Früher haben wir uns vorgestellt, daß Medikamente zentral oder peripher wirken könnten. Das ist nun in Kenntnis der NEUEN MEDIZIN sehr zu relativieren. Praktisch wirken alle Medikamente zentral, d.h. über das Gehirn auf das Organ ein. Während wir uns bisher vorgestellt hatten, daß z.B. Digitalis den Herzmuskel sättige, wissen wir heute, daß es cerebral auf die Herzrelais einwirkt.
Der Arzt der NEUEN MEDIZIN ist also nicht medikamentenfeindlich, wenn er auch davon ausgeht, daß die meisten Vorgänge von Mutter Natur schon optimiert sind. Wir wissen damit, daß die allermeisten Fälle keiner unterstützenden medikamentösen Therapie bedürfen, weil bei kürzerer Konfliktdauer und damit geringer Konfliktmasse in der Regel in der Heilungsphase keine besonderen Komplikationen zu erwarten sind. Es bleiben die Fälle , die in der Natur letal enden würden, derer wir uns aber aus ärztlicher Ethik besonders annehmen müssen.

Ins Blickfeld rücken dabei die kritischen Punkte in jedem Heilungsverlauf, die aber bei gewissen Konflikten und Erkrankungen besonders kritisch sind, wie die EK z.B. beim Links- und Rechtsherzinfarkt, bei der pneumonischen Lyse, der hepatitischen Krise etc. Diese Krisen verlaufen derzeit noch zu einem hohen Prozentsatz tödlich. Auch in der Zukunft werden uns eine Reihe von Patienten verloren gehen, wir haben aber jetzt den Vorteil, daß wir schon im vorhinein wissen, was uns erwartet und daher diesem erwarteten Geschehen schon im Vorfeld begegnen können. Es nützt uns nichts, zwar die Pneumoniehäufigkeit verringert zu haben, dadurch daß wir die Pneumonie jetzt Bronchialkarzinom nennen, wenn dann (s. Kap. über Statistik) die Patienten am Bronchial-Ca sterben, dann haben wir die Krankheiten nur umettikettiert. Wenn wir aber genau wissen, wann wir mit der pneumonischen Lyse zu rechnen haben und was wir im Vorfeld machen können, um diesen im Prinzip normalen biologischen Vorgang günstig zu beeinflussen, z.B. mit Antibiotika und Cortison, dann ist das ein völlig neuer Ansatzpunkt in der NEUEN MEDIZIN. Er ist es selbst dann, wenn gleiche oder ähnliche Mittel eingesetzt werden, weil das Vorverständnis ein ganz anderes ist.

Beispiel: Wenn man bei einer Pneumonie weiß, daß der Konflikt (Revier-Angst) nur drei Monate gedauert hat, dann wissen wir, daß die pneumonische Lyse (EK) im allgemeinen nicht tödlich enden wird, selbst wenn man medikamentös gar nichts machen würde. Der Patient ist beruhigt, da auch der Arzt Ruhe ausstrahlen kann.
Hat aber der Konflikt 9 Monate oder länger gedauert, dann weiß der Arzt, daß es hier bei der EK der Pneumonie (Lyse) um Leben und Tod geht, wenn man nichts machen würde. Er muß sich und den Patienten darauf vorbereiten, alle Kräfte des Patienten mobilisieren und alle medikamentösen Möglichkeiten ausschöpfen: In diesem speziellen Fall würde man z.B. wie auch schon früher Antibiotika geben, man würde aber zusätzlich auch massiv Cortison einsetzen, was man bisher nicht getan hat und zwar unmittelbar während der EK, um den kritischen Punkt, der ja immer nach der EK eintritt, zu überstehen. Der kritische Punkt besteht darin, daß nach der EK wieder eine Dauer-Vagotonie einsetzt, die aber diesmal nicht ins vagotone Tal hinein sondern aus ihm herausführt. Für dieses Herumreißen des Steuers hat der Organismus die EK einprogrammiert. In 90% der Fälle reichen die Hilfsmittel unseres Organismus aus. Die übrigen 10% sind diejenigen,

die in der Natur unmittelbar im Anschluß an die - für diesen speziellen schweren Fall - unzureichende EK im vagotonen Hirnkoma (Hirnoedem) an Atemversagen
sterben würden.

Weiteres Beispiel: Beim nephrotischen Syndrom wissen wir mithilfe der NEUEN MEDIZIN schon genau, um was es sich dabei ursächlich handelt: Nämlich um eine pcl-Phase des Nierensammelrohr-Cas und Eiweißverlust durch Wundsekret im Bereich des tuberkulösen Verkäsungsvorgangs. Jetzt wissen wir auch genau, was wir tun müssen (s. Fall aus der Celler Dokumentation): Wir müssen, wenn der Patient seinen Eiweißverlust durch orale Aufnahme von Eiweiß aus irgendeinem Grunde nicht decken kann, durch Albumin-Infusionen, die Hypoalbuminämie substituieren bis der Heilungsvorgang beendet ist.

Beim Aszites, der die pcl-Phase eines Peritoneal-Cas darstellt, können wir den Patienten schon darauf vorbereiten, daß ein Aszites kommen wird, sobald er seinen Konflikt (Attacke gegen den Bauch) gelöst hat. Nun kann der Patient den Aszites als gutes Zeichen begrüßen, wie auch, sofern er zufällig Tbc-Bakterien hat, den obligaten Nachtschweiß und die subfebrile Temperatur, d.h. er stellt sich auf seinen Aszites ein wie auf eine Aufgabe, die er bewältigen kann.

Ein Wort zur zytostatischen Chemotherapie:
Es handelt sich hierbei nach meinem Verständnis um eine rein symptomatische gefährliche Pseudotherapie, die nur möglich war durch die Unkenntnis der Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN. Die Chemotherapie ist allenfalls erscheinungsmäßig erfolgreich (auf Kosten des Knochenmarks) indem sie Heilungsphasensymptome Großhirn-gesteuerter Organe ausschalten kann. Dies wird erkauft mit mehreren verhängnisvollen Wirkungen: Die eine ist die, daß man die Chemo nun immer fortsetzen muß, um das Zurückkehren der Heilungssymptome zu verhindern, was natürlich auf eine Phtise des Knochenmarks und den sicheren Tod des Patienten hinausläuft.

Die zweite, noch größere Gefahr, ist, daß man mit jeder Chemorunde das Hirnoedem zurückdrängt und damit den gefährlichen Zieharmonikaeffekt provoziert. Durch die Chemopseudotherapie, ebenso wie durch die Bestrahlungstherapie, wird die Elastizität der Synapsen der Hirnzellen radikal herabgesetzt, was ihre Toleranz für Hirnoedem in der Heilungsphase stark herabsetzt, sie reißen und können zum zytostatikabedingten apoplektischen Hirntod des Patienten führen.

Ein Wort zu Schmerzen und Morphium:
Bekam der Patient bisher vom Histologen die Diagnose "bösartig", dann durfte der Arzt ihm bei dem leisesten Anzeichen von Schmerzen Morphium geben. Man nahm hierbei leichtfertig die Nebenwirkungen des Morphiums in Kauf, wie Suchtwirkung, Atemsuppression, Darmlähmung. Daher war die Gabe von Morphium immer eine Einbahnstraße, eine Tötung auf Raten. Die Tragik ist, daß die Patienten meistens nur dann Schmerzen bekommen, wenn sie schon in der Heilungsphase sind und die Schmerzen im Regelfall zeitlich begrenzt sind. Dies ist der Fall bei Knochenosteolysen in der pcl-Phase, die einen starken Periostdehnungsschmerz machen, der zu den gefürchtetsten Schmerzen in der Medizin gehört. Mit der NEUEN MEDIZIN können wir nun genau differenzieren, zu welcher Phase der Erkrankung der Schmerz gehört, von welcher Qualität er ist, wie lange er dauern wird

etc. Wenn man z.B. einem Patienten sagen kann, dieser Knochenschmerz dauere sechs bis acht Wochen, danach sei der Knochen ausgeheilt, dann habe ich noch nie einen Patienten erlebt, der nach Morphinen verlangte, selbst wenn man es anbot. Der Patient macht sich ein **mentales Programm**. Wir helfen ihm, sich abzulenken, das funktioniert quasi immer. Ich denke hier an Kabarett, Witzemacher, lustige Filme, Chorsingen, Schwimmen, wie auch äußere schmerzlindernde Anwendungen, Akkupunktur, Massage etc.

Wichtig ist zu wissen, daß das Morphium sofort schwerste mentale und cerebrale Veränderungen hervorruft, die die Moral des Patienten sofort zerstören, so daß er von da ab überhaupt keinen Schmerz mehr ertragen kann. Da der Schmerz etwas Subjektives ist, empfinden die Patienten jeweils bei nachlassender Wirkung des Morphiums eine vielfache Schmerzintensität, als wenn sie gar nicht erst Morphium genommen hätten. Bekanntlich müssen die Morphiumdosen deshalb fortlaufend erhöht werden. Der Patient stirbt den Morphintod, d.h. der Darm steht still, er verhungert und verdurstet.

4. Probepunktionen und Probeexzisionen:
Nach dem Verständnis der NEUEN MEDIZIN, daß immer an der gleichen Organstelle auch im Falle eines Krebses die gleiche histologische Formation angetroffen wird, erübrigen sich Probepunktionen und Probeexzisionen quasi vollständig. Nach unseren Erfahrungen wissen wir, daß das CCT einen sichereren Aufschluß über eine histologische Formation geben kann, als eine Probeexzision.

Bei einer Probeexzision im Falle eines Knochensarkoms ist diese fast immer der Anfang einer Katastrophe. Denn die unter Druck stehende Callusflüssigkeit bahnt sich ihren Weg durch das eröffnete Periost (Platzen der Periostnaht) ins umliegende Gewebe und verursacht dort ein riesiges Sarkom. Hätte man keine Probeexzision gemacht, wäre das umgebende Gewebe äußerlich "nur" geschwollen, weil zwar die Flüssigkeit durch das Periost austritt, aber nicht die Calluszellen. Dann hätten wir einen Vorgang, wie z.B. bei einem akuten Gelenkrheumatismus, der nach einer gewissen Zeit spontan wieder rückläufig ist.

Fatale Folgen kann die Punktion z.B. dort haben, wo ein sog. kalter Abszeß, also ein Brustdrüsenkarzinom in der pcl-Phase, durch die Punktion der Brust nach außen eröffnet wird. Dann kommt es zu übelriechendem tuberkulösem Ausfluß aus der Brust und so, wie die eröffnete in der Heilung befindliche Osteolyse nur noch mit Chemotherapie eine Zeitlang an der Fortsetzung der Heilung (weiteres Auslaufen der Callusflüssigkeit gehindert werden kann und meist mit Amputation endet, so endet auch im Falle der punktierten Brust der Fall oft mit einer baldigen Amputation.

D.h. die Probepunktionen und Probeexzisionen werden in Zukunft in der NEUEN MEDIZIN nur noch für ganz seltene Ausnahmefälle vorbehalten bleiben.

5. Chirurgische Interventionen:
Die derzeitigen Operationen sind zu einem Großteil sog. Krebsoperationen. Dabei richtet sich der Chirurg nach dem Urteil des Histologen, der einen Vorgang entweder als gutartig oder als bösartig deklariert. Nun wissen wir ja inzwischen, daß alle Großhirnmarklager-gesteuerten Nekrosen in der Heilungsphase bisher sog. bösartige Tumoren machen (Lymphome, Osteosarkome,

Nierenzysten, Ovarialzysten), nach der NEUEN MEDIZIN alles "Heilungstumoren", d.h. harmlose Zellvermehrungen, die man nur dann operieren darf, wenn sie mechanische Behinderungen machen oder für den Patienten psychisch unakzeptabel sind. Bei den Althirn-gesteuerten Tumoren brauchen wir den Chirurgen derzeit noch, wie wir den Jäger im Walde brauchen, seit wir keine Wölfe mehr haben: Dabei ist genau zu differenzieren, wie groß z.B der Darmtumor ist, wenn es zu einer Konfliktlösung kommen soll. Ist der Tumor noch relativ klein, dann kann man davon ausgehen, daß selbst im Falle des Nicht-Vorhandenseins von Tbc keine Komplikationen eintreten können. Ist der Tumor aber groß und kann er jederzeit einen mechanischen Darmverschluß machen, dann muß man sehr genau abwägen, ob man die Heilungsphase abwartet und hofft, daß möglichst bald eine Tuberkulose in das Heilungsgeschehen eingreift. Allerdings muß man den Patienten darüber aufklären, daß dies ein Risiko darstellt, wie ja auch die Operation selbst. Der für eine chirurgische Operation sicherlich günstigere Fall ist, wenn der Patient noch in der ca-Phase wäre, denn in der pcl-Phase hat die Narkose durch die Vagotonie ein wesentlich höheres Risiko. Zu betonen ist hier, daß der Patient selbst der Chef des Verfahrens ist und wir ihm das Für und Wider sorgfältig erklären müssen.

In der NEUEN MEDIZIN gibt es inzwischen auch chirurgische Indikationen, auch negativer Art z.B. bei der Ovarial- und Nierenzyste, die etwa nach dem Rhythmus einer Schwangerschaft verlaufen und neun Monate brauchen bis sie induriert sind und die ihnen vom Organismus zugedachte Funktion übernehmen können. In diesen neun Monaten darf man **nicht** operieren, weil in dieser Zeit die Zysten an den übrigen Bauchorganen angewachsen sind, wo sie in Ermangelung eines eigenen arteriellen und venösen Blutgefäßsystems sich vorübergehend blutmäßig versorgen. Dieser biologische Vorgang wurde bisher als "bösartiges infiltrierendes Tumorwachstum" fehlverstanden. Den Beweis lieferte man sich selbst mit, als diese infiltrierten "Tumoranteile" noch den Rest der neun Monate weiterwuchsen und anschließend wiederum operiert werden mußten und sich damit als besonders bösartig herausstellten. Bei solchen vorschnellen Operationen mit dem Unverständnis der bisherigen Medizin operierte man gleich alle "infiltrierten" Organe mit heraus, so daß das Abdomen anschließend oft nur noch ein Torso war. Über die Folgekonflikte dieser armen Patienten wollen wir hier erst gar nicht reden. Wartet man aber die neun Monate ab, dann wird man bei kleinen Zysten bis zu 12 cm möglichst gar nicht mehr operieren, denn diese Zysten erfüllen ja die Funktion der Hormonproduktion bzw. der Urinausscheidung wie es ja vom Organismus vorgesehen ist. Nur in extremen Fällen, wo dies Zysten starke mechanische Probleme bereiten, ist eine Operation nach Ablauf von ca. neun Monaten und Induration der Zyste indiziert. Eine solche Operation ist dann operationstechnisch ein kleiner Eingriff, denn alle Adhäsionen sind ja in der Zwischenzeit abgelöst und die Zyste von einer derben Kapsel umgeben. (siehe dazu Fallbeispiele aus der Gelsenkirchener und Celler Dokumentation).

6. Psychagogische Betreuung des Patienten:

Ziel einer jeden Therapie muß sein, beim Patienten das Verständnis in die Zusammenhänge seiner Erkrankung zu fördern. Für einen Patienten, der allein und ständig in Gefahr ist, durch seine Umgebung in Panik gebracht zu werden, ist es sehr schwierig, sich mit dem Verständnis der NEUEN MEDIZIN wehren zu

können, solange die NEUE MEDIZIN eine Außenseiter-Medizin ist. Hätte man ein gutes Sanatorium, in dem alle Mitarbeiter und Patienten die NEUE MEDIZIN verstanden haben, dann entfällt diese Panikmache. In einem solchen abgeschlossenen therapeutischen Raum könnte der Patient optimal betreut werden von Therapeuten, die keine Ärzte sein müssen, die aber den Patienten alle ihre Symptome, sowohl die gegenwärtigen als auch die noch kommenden erklären können. Dazu gehört auch, daß man den Patienten quasi eine Zeit lang abschottet, damit er keine Konfliktrezidive erleidet. Ich denke hier an eine Art "Burg", die Schutz bietet vor Banken, Gläubigern, Rechtsanwälten, Arbeitgebern, rachsüchtigen Ehefrauen, Schwiegermüttern, erblustigen Kindern oder Verwandten, kurz allen Konfliktrezidivgefahren.

Selbst für die Patienten, die es am Ende nicht schaffen, aber voller Hoffnung waren, ist der Tod ohne Morphium und Intensivabteilung ein humanerer und natürlicherer, auf jeden Fall ein nicht in Todesangst und Panik erwartetes Ende, sondern ein Hinüberwechseln in eine andere Welt. Für den Patienten und die Angehörigen ist ein solcher Tod ein würdiges Abschiednehmen.

C. Biologische Einplanung von lebenslangen Konflikten (Zweitwolf-Phänomen)

Wir haben bereits besprochen, daß die Konflikte biologisch etwas sehr Sinnvolles sind, auch insbesondere auf organischer Ebene. Wir konnten diese Zusammenhänge bisher nur nicht sehen, weil wir für die biologischen entwicklungsgeschichtlichen Aspekte im Zusammenhang z.B. mit Tumoren blind waren.

Wir wollen uns nun beschäftigen mit Konflikten, die Mutter Natur quasi zum Dauersystem erhoben hat und die sie auch entsprechend im Gehirn eingeplant hat. Ich meine damit, daß ein Mensch, bei den Tieren sehen wir es noch deutlicher, einen Konflikt erleidet, z.B. einen Revier-Konflikt, und den lebenslang nicht löst - und diese Tatsache sogar einen Sinn haben kann. Wir stehen hier, was die Suche nach dem biologischen Sinn solcher Vorgänge anbelangt, noch ganz am Anfang und müssen brav von unseren Kulturanthropologen, Verhaltens- und Primatenforschern lernen.

Ich mußte hier allerdings bereits feststellen, daß von vielen Forschern viele Phänomene nur undeutlich beobachtet wurden, quasi nur sammelnd, weil man natürlich von ganz anderen Fragestellungen ausgeht und oft eben auch wieder noch ganz am Anfang steht.

In unserer leistungsorientierten Gesellschaft ist es üblich, den Menschen, hier natürlich besonders den Mann, nach maskulinen Kriterien zu beurteilen und zu bewerten als da sind: Position und Stellung im Beruf, Durchsetzungsfähigkeit bei der Karriere, verbunden mit einer gewissen Rücksichtlosigkeit, hierarchisches Denken, Verheiratung mit einer Frau und Gründung einer Familie etc.. Dies alles sind Maßstäbe, denen gar nicht alle Männer entsprechen können und sollen und zwar aufgrund ihrer hängenden Konflikte.

Ich konnte, wie ja schon erwähnt, beobachten, daß z.B. bei einem Revierkonflikt ein Individuum diesen in einem bestimmten Zeitraum lösen muß. Wenn das Individuum diese Konfliktlösung nicht erreicht, bleibt die Möglichkeit einer Heruntertransformierung des Konfliktes, um das weitere Leben - mit einem hängenden Konflikt - zu garantieren. Der rechtshändige Mann wäre nun also mit einem hängenden Revierkonflikt auf der rechten Großhirnhemisphäre quasi blockiert und würde von nun an auf der linken "weiblichen" Seite reagieren, arbeiten und einen möglichen weiteren Konflikt auch dort erleiden. Es ist klar, daß dies natürlich auch für das tägliche Leben seine Konsequenzen hat und man kann vermuten, daß solch ein Mann z.B. im sozialen Zusammenleben innerhalb seiner Gruppe ganz andere Aufgaben zu erfüllen hat, die mit den üblichen Maßstäben, mit denen man sonst Männer mißt, gar nichts mehr zu tun haben.
So gibt es bei Wölfen in diesem Zusammenhang ein Phänomen, das, so glaube ich, mit diesen hängenden Konflikten zu tun hat:

Betrachten wir ein Rudel Wölfe, so stellen wir fest, daß es da nur einen Leitwolf und eine Leitwölfin gibt, die anderen männlichen Tiere im Rudel sind Jungwölfe oder Zweitwölfe. Die Zweitwölfe sehen ähnlich aus wie der Chef, aber sie sind in Wirklichkeit ganz anders, dürfen den Schwanz nicht hochtragen, wie der Leitwolf, nicht das Bein zum Pinkeln heben, sondern urinieren wie Weibchen und haben mit der Fortpflanzung nichts zu tun. Der Gedanke liegt nahe, daß solche Wolfsexemplare bei einem ernsten Revierkampf einen Revier-Konflikt erlitten haben,

der nun hängend bleibt. Sie reagieren jetzt quasi "weiblich". Solche Zweitwölfe dürfen diesen hängenden Konflikt dann nie mehr loswerden, weil davon wahrscheinlich ihr Leben abhängt. Und genauso hängt das Leben des Rudels davon ab. Würde so ein Zweitwolf seinen Revier-Konflikt lösen, dann würde er kurz danach an einem Herzinfarkt sterben. Das wäre nicht im Sinne der Natur, nicht im Sinne des Individuums nicht des Rudels. Der Zweitwolf ist also zeitlebens verändert und wird durch den Leitwolf immer wieder an die Rangfolge erinnert. Diese Konstellation ist gleichzeitig für das Rudel das Optimale, denn wenn ständig Revierkämpfe stattfänden, wäre das Rudel nicht funktionsfähig.

Natürlich sind solche Vergleiche immer etwas gewagt, mein Anliegen ist es an dieser Stelle auch vor allem das Auge für die biologische Funktion und den biologischen Sinn von lebenslangen hängend-aktiven Konflikten zu schärfen, der eben ein doppelter zu sein scheint mit einer individuellen und einer überindividuellen Funktion.

D. Geistes- und Gemütskrankheiten - Arten der vorübergehenden Überlebensmöglichkeiten für eine spätere Lösung. Die sog. Entwicklungsretardierung

Die NEUE MEDIZIN begann 1981 mit den Zusammenhängen von Entstehung und Verlauf der sog. Krebserkrankungen und faßte darunter dann schon 1984 in dem Taschenbuch "KREBS - Krankheit der Seele, Kurzschluß im Gehirn, dem Computer unseres Organismus" auch die Herzinfarkte, d.h. die Links-Herzinfarkte und die Rechts-Herzinfarkte, die man auch Lungenembolie nennt.

Schon 1987 in dem Buch "Vermächtnis einer Neuen Medizin", Band 1, war dargelegt, daß sämtliche sog. Erkrankungen oder Sonderprogramme unseres Organismus nach den vier biologischen Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN ablaufen.

Zu diesen Sonderprogrammen gehören auch die Geistes- und Gemütskrankheiten, die man bisher stets als Geisteskrankheiten ohne Organbezug angesehen hat. Das war ein Irrtum. Die sog. Geistes- und Gemütskrankheiten verlaufen exakt nach den vier biologischen Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN, haben alle ein Hirnkorrelat und ein Organkorrelat, bzw. zwei Gehirn-Korrelate und zwei Organ-Korrelate und sie verlaufen nach zusätzlichen Regeln, die vielleicht in Zukunft auch einmal als Gesetze angesehen werden, die ich aber bisher als Regeln bezeichne.

Depression:
Die Regel für die Depression lautet: An der Depression erkrankt eine linkshändige Frau bei einem sexuellen Konflikt, Schreckangst-Konflikt oder Identitäts-Konflikt oder ein Mensch, egal ob Mann oder Frau, der im hormonalen Patt ist, (d.h. dessen männliche oder weibliche Hormone gerade die Waage halten, jedoch ein wenig zur männlichen Seite hin überwiegen) mit einen Revier-Konflikt, Revierangst-Konflikt, Revierärger-Konflikt oder Reviermarkierungs-Konflikt, d.h. wenn er einen Konflikt im rechten Revierbereich, im rechten Temporallappen erleidet.

Manie:
Eine Manie erleidet automatisch ein linkshändiger Mann bei einem Revier-Konflikt, Revierangst-, Revierärger- oder Reviermarkierungs-Konflikt, weil er statt auf der rechten Revierseite als Linkshänder auf der linken Seite seinen HAMERschen HERD erleidet. Oder wenn ein Patient in einem hormonalen Patt ist, wo die weibliche Komponente ein klein wenig überwiegt, der Patient an einem weiblichen sexuellen Konflikt, Schreckangst-Konflikt, Identitäts-Konflikt oder inneren Reviermarkierungs-Konflikt erkrankt.

Schizophrene Großhirnhemisphären-Konstellation:
Für die schizophrene Konstellation gibt es zwei notwendige Kriterien:
1. Das gesamte Gehirn schwingt nicht im Grundrhytmus
2. Die beiden Hirnhemisphären schwingen in unterschiedlichem Rhythmus.

Diese beiden Bedingungen können durch folgende HHe erreicht werden:
Der Patient kann einen Zentral-Konflikt erleiden, der gleichmäßig über beide Hemisphären wirkt. Dann schwingt das gesamte Gehirn nicht mehr im Grundrhythmus. Erleidet er dann noch einen weiteren cortikalen Konflikt, egal auf welcher Seite, dann schwingen auch die beiden Hirnhemisphären in unterschiedlichem

Rhythmus. Dann sind also beide Bedingungen erfüllt.

Den Begriff "Grundrhythmus" kann ich im Moment noch nicht naturwissenschaftlich befriedigend definieren. Er ist bisher empirisch stimmig. Man muß sich darunter einen Rhythmus vorstellen, der weder durch eine Konfliktaktivität, noch durch äußere (z. B. chemische) Einflüsse wie Hirnverletzung, Drogen, Alkoholeinfluß) beeinträchtigt und verändert ist. Dies ist auch der natürlichen Ausheilung des HAMERschen HERDES, daß anschließend der "Grundrhytmus" wiederhergestellt ist

Die beiden Bedingungen sind auch erfüllt, wenn der Patient links sowie rechts einen corticalen aktiven Herd hat. Dann schwingen beide Hemisphären nicht mehr im Grundrhythmus und beide Hemisphären schwingen unterschiedlich voneinander.

Wenn also diese beiden Konditionen erfüllt sind und der Patient entsprechende corticale Herde in Konfliktaktivität hat, dann ist er in schizophrener Konstellation. Es gibt aber noch zwei weitere Möglichkeiten, in schizophrener Konstellation zu sein.

1. Wenn der Patient Drogen nimmt, dann wirkt diese Droge dergestalt, daß der Grundrhythmus des Gehirns verändert ist. In diesem Fall ist die erste der beiden Bedingungen bereits erfüllt und der Patient kann nun, wenn er nur einen einzigen Konflikt hat oder neu bekommt, augenblicklich in die schizophrene Konstellation kommen. Das ist die Erklärung dafür, daß Leute die einen aktiven corticalen Konflikt haben, mit einer Droge, egal ob Heroin, Morphium oder Alkohol, augenblicklich in die schizophrene Konstellation kommen. Das gleiche passiert auch umgekehrt, wenn der Patient unter Drogen steht und dann einen Konflikt bekommt.

2. Die zweite Möglichkeit ist die, daß ein Patient hirnverletzt oder hirnoperiert ist. In diesem Fall schwingt das Gehirn auch nicht mehr im Grundrhythmus. Das ist der Unterschied zwischen einem geheilten HAMERschen HERD und einem operierten HAMERschen HERD, daß im ersten Fall das Gehirn, wenn auch repariert, wieder im Grundrhythmus schwingt, während im zweiten Fall das operierte oder verletzte Gehirn zeitlebens nicht mehr kann.

In diesem Fall der Hirnverletzung oder der Operation genügt es laut Definition schon, daß der Pat. auf der gleichen Seite, auf der die Hirnverletzung ist, einen aktiven Konflikt erleidet. Auch dann ist er schon in schizophrener Konstellation. Das hat große Auswirkungen bei den Patienten, die hirnoperiert sind und nun quasi an der gleichen oder fast an der gleichen Stelle d.h. bildlich gesprochen, in der Nähe dieser Hirnoperation wieder einen aktiven HAMERschen HERD cortical erleiden. Das wäre im Falle einer spontanen Heilung mit gliöser Vernarbung ein ganz normales Rezidiv. Im Falle einer Hirnoperation jedoch ist es nicht nur ein normales Rezidiv, sondern der Patient ist augenblicklich in schizophrener Konstellation. Er kann dadurch praktisch diesen Konflikt nur sehr schwer lösen.

Fronto-occipitale Konstellation

Während die schizophrene Konstellation mehr oder weniger eine transversale Opposition der HAMERschen HERDE bedeutet, in dem die rechte und die linke Hemisphäre eben in Opposition betroffen sind, ist die fronto-occipitale Konstellation eine, bei der der Patient sowohl eine Gefahr von vorne sieht, als

auch eine Gefahr von hinten sieht oder ahnt. Das ist für den Patienten eine schlimme Situation, oft sogar ausweglos und kann ebenfalls Zustände machen, die man früher als schizophren angesehen hat. Daneben gibt es natürlich die Kombination, d.h. rechts frontal oder links occipital oder umgekehrt, in der der Patient sowohl in schizophrener Konstellation ist, weil beide Hirnhemisphären betroffen sind, aber auch in fronto-occipitaler Konstellation, weil er einen frontalen und einen occipitalen Herd erlitten hat.

Stellen wir uns die beiden Hemisphären als nicht ganz komplette, in der Mitte abgeplattete Eier vor, die nebeneinander liegen, dann kann jeder Punkt der einen Eischale mit jedem Punkt der anderen Eischale quasi zusammen eine schizophrene Konstellation bilden. Es gibt also unendlich viele Kombinationsmöglichkeiten, entsprechend den vielen Erscheinungsformen, die wir aus der Psychiatrie kennen.

Es ist nicht nur wichtig das zu wissen, sondern es ist auch wichtig die einzelnen HHe exakt zu bestimmen - es müssen ja nicht nur zwei sein, sondern es können auch drei, vier sein - weil nur diese Herde uns Aufschluß geben können über den Inhalt der vermeintlichen oder auch wirklichen Wahnideen, die zwar wirklich wahnhaft sind, aber denen doch ursprünglich einmal sehr reale Dinge zugrunde lagen, die die Konflikte des Patienten verraten.

Ein Patient mit zwei motorischen Konflikten auf jeder der beiden Hemisphären hat gewöhnlich einen motorischen Wahn, d.h. er hat oft einen Tick, daß er immer eine bestimmte Bewegung macht oder in einer bestimmten Situation, die mit dem Konflikt wieder zu tun hat, eine bestimmte an sich scheinbar sinnlose motorische Handlung begeht, die wir aber verstehen können, wenn wir die beiden DHS kennen.

Ein anderer Patient, der zwei Herde jeweils in der rechten und linken Sehrinde hat, entsprechend zwei Konflikten der Angst-im-Nacken, hat einen Verfolgungswahn, der aber nicht so verrückt ist, wie wir das früher dachten, sondern der eigentlich einen Versuch darstellt, die Angst im Nacken loszuwerden, d.h. den Konflikt zu lösen, indem er allen - wenn auch noch so geringen - Anlässen durch seinen "Wahn" konsequent aus dem Wege geht, was wir bisher nur nicht verstanden.

Oder wenn der Patient in Opposition im rechten und im linken Temporallappen je einen Revier-Konflikt bzw. einen sexuellen Konfliktherd in Aktivität hat, dann ist er in der sog. postmortalen-schizophrenen-Konstellation, d.h. er denkt ständig über die Zeit nach dem Tode nach. Das kam uns früher völlig sinnlos vor, wir beginnen aber heute die Sache insofern zu verstehen, als der Patient sich biologisch mit zwei solcher Konflikte quasi in Wartestellung oder auf Tauchstation begibt und im Grunde genommen über die Zeit nach dem "biologischen Wiederauferstehen" nachdenkt, wenn er seine beiden Konflikte gelöst hat.

Damit kommen wir zu dem Sinn der schizophrenen Konstellation des Großhirncortex:
Hat der Patient einen Konflikt erlitten, dann kann er diesen Konflikt auf die bekannte Art lösen, indem er pausenlos darüber nachdenkt, indem der Organismus maximalen Streß macht, indem er nachts nicht schläft, Gewicht abnimmt, kalte Hände hat, kalte Haut, kurz im Streßtonus, in Sympathicotonie ist.

Hat er aber zwei Konflikte, dann ist er in doppelter Sympathicotonie. Aber er kann zwei Konflikte nicht auf einmal lösen, d.h. der Computer stellt auf "Error", der "Computer" spielt nicht mehr mit.

Aber dies ist keineswegs biologisch sinnlos, im Gegenteil, denn der Patient wartet jetzt, biologisch gesehen, auf bessere Verhältnisse, auf "gutes Wetter", wenn die Lösung vielleicht automatisch erfolgt. Hat ein Individuum einen Revier-Konflikt auf der rechten Seite des Temporalhirns periinsulär, dann muß er ihn möglichst rasch lösen, denn kann er das nicht, wird er bei einer zu späten Konfliktlösung am Herzinfarkt sterben.

Anders ist es, wenn der Betroffene noch einen zweiten Konflikt auf der linken Seite dazu bekommt, dann ist er in schizophrener Konstellation und das wichtige daran ist, daß er **kaum Konfliktmasse** aufbaut. Ein solches Individuum wartet buchstäblich auf besseres Wetter, d.h. er kann warten, bis sein Konfliktgegner z.B. eines natürlichen Todes stirbt und kann dann wie Phönix aus der Asche steigen und sogar die Führung des Reviers übernehmen.

D.h. also, der in schizophrener Konstellation befindliche Mensch ist einer, der momentan keine Lösung, weder für den einen noch für den anderen Konflikt finden kann oder will, weil der Wichtigere der beiden Konflikte aus einem bestimmten Grunde nicht zu lösen ist und er nun darauf wartet, daß der wichtigere Konflikt spontan, durch Änderung der Realitäten in Lösung geht, woraufhin der zweite dann automatisch in Lösung geht.

Mutter Natur hat hier quasi eine besondere Art der Balance zweier aktiver Konflikte geschaffen und hat damit einen sinnvollen Zweck verfolgt, nämlich dieses Exemplar vorübergehend aus dem Rennen zu nehmen und als Reserve für eine spätere Notsituation der spezifischen sozialen Gruppe, der Familie, des Rudels etc. zu haben.

Die schizophrene Kleinhirn-Konstellation:

Außer der Großhirn-Cortex schizophrenen Konstellation kennen wir auch die Kleinhirn-schizophrene Konstellation, die eine vorübergehende Stornierung der Emotionalität des Patienten bewirkt. Ein Beispiel:

Eine erwachsene Tochter beleidigte die Mutter aufs tiefste, indem sie sich auf eine unverschämte Art höhnend von ihr verabschiedete. Die Patientin erlitt augenblicklich in der linken Mutter-Kind-Brust ein Karzinom bzw. im rechten lateralen Kleinhirn einen aktiven HAMERschen HERD. Sekunden später sagte ihr der Ehemann, der dabei saß, mit dem sie 40 Jahre verheiratet war und mit dem sie nie ein böses Wort gewechselt hatte: "Du dummes, altes Weib"! Im gleichen Augenblick erlitt sie in der rechten Brust ebenfalls ein adenoides Karzinom bzw. in der linken lateralen Kleinhirnhemisphäre einen aktiven HAMERschen HERD. Für die Pat. brach nicht nur die Welt zusammen, sondern sie berichtet, daß sie in diesem Augenblick innerlich eiskalt wurde, d.h. zu keinerlei Gefühl mehr fähig war. Die Patientin litt viele Monate darunter, zwischendurch kam es zu kurz dauernden Lösungen mit starkem Nachtschweiß, als Zeichen einer Tuberkulose, wobei mal der eine, mal der andere Knoten wieder abgebaut wurde; danach erfolgten wieder Rezidive, und die Patientin war auch in einer Art schizophrenen Konstellation. Sie machte völlig verrückte Sachen, die alle Ausdruck dieser völligen Gefühlskälte waren.

Consecutio der DHS beim Großhirn-Cortex:
Normalerweise erleidet der rechtshändige Mann seinen ersten Konflikt auf der rechten Hemisphäre. Seinen zweiten erleidet er dann in der linken Hemisphäre cortical. Der linkshändige Mann umgekehrt. Die rechtshändige Frau erleidet ihren ersten Konflikt links, in der linken Hemisphäre cortical, den zweiten Konflikt in der rechten Hemisphäre cortical. Bei der linkshändigen Frau ist es umgekehrt. Es gibt aber eine Ausnahme: Die Milchgänge der rechten und linken Brust sind gleichseitig an das Kleinhirn gekoppelt und immer eindeutig als Kind-Brust oder Partner-Brust definiert.

Erleidet z.B. die rechtshändige Frau einen Trennungskonflikt vom Kind, dann schlägt der immer rechts cortical im sensorischen Rindenzentrum ein, egal ob es der erste oder der zweite Konflikt ist. Denn er ist an das rechts-laterale Kleinhirnrelais angekoppelt, das ja reagieren würde, wenn es nicht ein Trennungskonflikt vom Kind wäre, sondern ein Sorge- oder Streitkonflikt um oder mit dem Kind.

Bei der linkshändigen Frau ist es umgekehrt. Da wäre bei einem Trennungskonflikt vom Kind die rechte Brust betroffen und man würde den zugehörigen Herd für das ductale Karzinom links im sensorischen Rindenzentrum suchen und dies wäre angekoppelt an das Relais im linken lateralen Kleinhirn, welches wiederum reagieren würde, wenn es ein Mutter-Kind-Sorge-Konflikt oder -Streit-Konflikt der linkshändigen Mutter wäre.

Zusammen mit den ductalen Milchgängen, die bei der rechtshändigen Mutter beispielsweise für die linke Brust eindeutig für Mutter-Kind-Brust definiert sind, kann auch die Beugemuskulatur des linken Arms, spezifisch für das Kind definiert sein, sowie die Haut an der Beugeseite des Arms und der Hand und die linke Bauchhautseite (weil ja auch die Menschen früher wohl eine komplette Milchleiste hatten, die heute nur noch rudimentär zu sehen ist), sowie die Innenseite des linken Beins, auf das die Rechtshänderin normalerweise das Kind setzt.

Beim Partner ist genau alles umgekehrt. Davon zu trennen sind jeweils die Außenseiten des Arms und des Beins, die eine Trennung bei gleichzeitiger Abwehr bedeuten, und hier ist der linke Arm bei der Rechtshänderin der "Schildarm", der rechte Arm der "Schlagarm".

Periostsensibilität:
Alle diese Regeln gelten in gleicher Weise auch für die Sensibilität des Periosts, wobei der Konfliktinhalt immer eine Trennung mit Schmerzzufügung oder Schmerzerleidung, also eine brutale Trennung ist. Auch hier gelten analog die gleichen topografischen Korrelationen.

Es gibt also eine schizophrene Konstellation nur mit Periost-Konflikten (sensorische Lähmung des Periosts) beider Hemisphären, bei denen der Neurologe gar nichts entdecken kann, außer, daß die betroffenen Extremitäten vielleicht etwas kühler sind, als die nicht betroffenen.

Das erklärt, warum wir für alle Konflikte einen Organbezug haben, daß man aber gleichwohl bei sog. schizophrenen Patienten keine Organerkrankung bemerkte, weil ihnen vermeintlich organisch nichts fehlte.

Das lag einfach nur daran, daß wir sie bisher nicht richtig untersuchen konnten, weil wir die HHe im Gehirn nicht verstehen und zuordnen konnten.

Die Consecutio der HAMERschen HERDE bei den Kleinhirn-Konflikten:
Im Kleinhirn folgt der Einschlag bzw. die Aktivierung der HHe nicht denselben Regeln wie im Großhirn, sondern sie ist streng Mutter-Kind bzw. Partner-bezogen, bzw. lokal Organ-bezogen.

Wenn also der Patient z.B. einen Stich in den Bauch bekommt, dann entwickelt er natürlich an dem entsprechenden Peritonealbereich ein Peritoneal-Mesotheliom, evtl. außen sogar noch ein Melanom.

Hat die Rechtshänderin einen Mutter-Kind Sorge-Konflikt, dann reagiert sie im rechten lateralen Kleinhirn mit einem HH und an der Brust mit einem Brustdrüsen-Ca. Das Besondere aber ist, daß die Patientin, wenn sie mehrere Kinder hat, zweimal hintereinander in der gleichen Brust mit einem Karzinom reagieren kann, so daß dort beide gleichzeitig aktiv sind. Beim Großhirn wird das außer der genannten Ausnahme dadurch vermieden, daß eine z.B. rechtshändige Patientin, die einen sexuellen Konflikt erlitten hat, von da ab augenblicklich in die Amenorrhoe hineinkommt und nunmehr männlich reagiert und ihren nächsten Konflikt als "Mann" auf der rechten Seite bzw. im rechten Revierrelais erleidet. Dies ist bei allen corticalen Konflikten so, bis auf die genannten Ausnahme. Beim Kleinhirn ist wie gesagt, die lokale Organbezogenheit die Regel.

Ein Beispiel: Ein Radiologe zeigte einer Patientin auf dem Röntgenbild rechts einen Tumor und sagte:" Den müssen wir operieren." Die Patientin erlitt in dieser Sekunde einen Attacke-Konflikt gegen den Thorax und in der Heilungsphase auf der rechten Seite einen Pleuraerguß, was sich niemand vorstellen konnte, weil sie ihren "Tumor" doch auf der linken Seite hatte, denn wir schauen uns ja die Röntgenbilder so an, daß wir uns den Patienten uns gegenüber stehend vorstellen. Für die Patientin, die das nicht wußte, war in diesem Moment des DHS die rechte Thoraxhälfte betroffen.

Eine schizophrene Stammhirn-Konstellation:
Diesen Grenzfall habe ich bisher nicht eindeutig beobachten können; dies gilt jedoch nicht für den Kleinhirn-Brückenwinkel, wo die sog. Akusticus-Neurinome, deren Relais für die Schleimhaut des Mittelohrs und der pneumatisierten Warzenfortsätze zuständig ist, nur halb wie Adeno-Ca reagiert, halb aber schon wie ein adenoides Mesotheliom. D.h. es macht keine blumenkohlartige Karzinome, sondern mehr flächenhafte Vergrößerungen in der Zylinderepithelschleimhaut, um sozusagen den Ton oder die Information noch besser einfangen zu können.

Bei den Embryologen und Histopathologen werden die Akustikus-Neurinome allerdings noch zum Stammhirn gerechnet aufgrund des Zylinderepithels ihrer alten Darmschleimhaut. Ob es bei diesen bereits paarig angeordneten Kernen des Akusticus, die allerdings nicht kreuzen, zu einer Art schizophrener Konstellation kommen kann, kann ich derzeit noch nicht sicher sagen oder ausschließen, weil ich nicht genügend Fälle übersehe.

Die Entwicklungsretardierung:
Wir machen in der Psychologie, Psychiatrie, Pädagogik etc. auf Schritt und Tritt eine Beobachtung, die wir bisher nicht erklären konnten: Die Entwicklungsretardierung. Wir haben sie bis jetzt z.T. "hirnorganischen Prozeß" aufgefaßt, z.B. als früh-

kindliche Hirnschädigung, z.T. aber auch bei Geistes- und Gemütskrankheiten beobachten können, die wir ja in ihrer Kausalität nicht für hirnorganisch bedingt hielten, sondern als rein psychische Störung ansahen.

Die NEUE MEDIZIN gibt uns auch hier - auf der Basis von Fakten - eine einleuchtende Erklärung: Das Individuum wird gewissermaßen "konserviert" oder "eingefroren", um auf bessere Zeiten zu warten. Bei Nahem betrachtet, also von seiten der biologischen Konfliktsituation gesehen, sieht die Sache relativ einfach aus:

Das noch in der Entwicklung befindliche Individuum kann z.B. einen entscheidenden biologischen Konflikt nicht in der von der Natur angemessenen Zeit bewältigen. Dadurch würde die weitere Entwicklung schwer beeinträchtigt. Aus irgendeinem Grunde, den wir jeweils individuell untersuchen müssen, läßt Mutter Natur noch einen zweiten biologischen Konflikt "hinzuerleiden". Jetzt ist zunächst einmal das Überleben gesichert - durch die schizophrene Konstellation. Würde das Individuum sich trotz schizophrener Konstellation reifemäßig weiterentwickeln, dann hätte dies unübersehbare negative Folgen:

Erleidet z.B. ein kleines Mädchen bei der Scheidung der Eltern einen Trennungskonflikt vom Vater, weil es der Mutter zugesprochen wird, hätte es, wenn dieser Konflikt zu lange aktiv bliebe, irgendwann eine schwere Neurodermitis mit Absencen, an denen es sterben könnte. Kommt nun z.B. ein motorischer Konflikt hinzu (des Den-Vater-nicht-festhalten-könnens), ist ab sofort die reifemäßige Entwicklung des Kindes "eingefroren". Dadurch sind zwei Dinge gewährleistet:

1. Es wird fast keine Konfliktmasse aufgebaut.
2. Das Mädchen kann, wenn es älter ist, den Konflikt lösen.

"Besseres Wetter" bedeutet für das Mädchen in diesem Beispiel sein Alter. In dem Augenblick, wo es 14 Jahre alt wird, darf es selbst entscheiden zu welchem Elternteil es möchte und löst damit gleichzeitig den zweiten Konflikt.

Klugerweise bleibt also die Reifung auf einer infantilen Stufe stehen, so daß das Individuum z.B. keine Konkurrenz bietet, was in diesem Zusammenhang ein wichtiges Überlebensmoment ist. Würde das Kind sich trotz der ungelösten Konflikte reifemäßig weiterentwickeln, hätte es später nicht mehr die Chance, diese Konflikte zu lösen, weil es sich dann auf einer ganz anderen Entwicklungs- und Bewußtseinsebene befindet.

Das Kind kann, wenn sich die äußeren Umstände zufällig ändern, seine Konflikte lösen und innerhalb kurzer Zeit "nachreifen" - ein ungeheuerlich interessanter Aspekt!

So gibt es viele Sonderschulklassen mit entwicklungsretardierten Kindern, aber auch viele Abiturienten und sogar Hochschulabsolventen, die reifeentwicklungsmäßig z.B. auf einer präpubertären oder pubertären Stufe stehen und das Kontingent dieser Betroffenen ist sicher größer als man gemeinhin annimmt. Um einen akademischen Grad zu erreichen, reicht der Reifegrad eines 13-Jährigen vollkommen aus. Die allgemein menschliche und sexuelle Reife ist bei der Erlangung rein intellektuell definierter Hochschulgrade nicht unbedingt vonnöten, wenn nicht gar hinderlich. Unsere Intelligenz- und Qualifikationstests sind in Bezug auf die Reife eines Menschen nicht aussagefähig.

E. Die Vermeidung des sogenannten "Teufelskreises"

In meinem Buch "Vermächtnis einer NEUEN MEDIZIN" habe ich den Teufelskreis als einen gefährlichen Mechanismus des durch Rezidive, neue und Folgekonflikte psychischen Sich-Aufschaukelns beschrieben, in dem der Patient durch ärztliche Panikmache und überhaupt allgemein durch Panikmache immer wieder hineingerät, was aber nicht sein müßte, denn das Tier kommt auch nicht hinein, weil ihm naturgemäß keine Panik gemacht werden kann durch Diagnose oder Prognose.

Es gibt aber für uns Teufelskreise die wir schlecht durchbrechen können, weil sie scheinbar automatisch ablaufen.

Beispiel: Eine Patientin läßt sich die Brust amputieren, in der sie einen Knoten hat, der zwar nicht mehr weiter wuchs, weil der Konflikt gelöst war, der sie aber störte. Ich hatte ihr den Rat gegeben, vom Gynäkologen lediglich diesen Knoten herausoperieren zu lassen und nicht die ganze Brust. Der Gynäkologe redete aber so lange auf die Patientin ein, bis sie einwilligte, sich die ganze Brust amputieren zu lassen. Als sie aus der Narkose erwachte, bekam sie keinen Konflikt, weil sie ja mit dieser Amputation einverstanden gewesen war. Sechs Wochen später aber sollte sie ihr wunderschönes Fest-Trachtendirndl anziehen. Als sie es vor dem Spiegel überstreifte, erschrak sie, denn es fehlte ja die linke Brust. Das Dirndl war nicht ausgefüllt. Es saß nicht. Da erlitt die Patientin in dieser Sekunde ihr DHS der Verunstaltung für diese Stelle der Amputation der linken Brust.

In der Folge wuchs dort ein Melanom. Nun begann der Teufelskreis: Jedesmal wenn die Patientin das Melanom sah, fühlte sie sich wieder aufs neue verunstaltet und besudelt. Folge: das Melanom wuchs immer weiter. Weiterer Teufelskreis: Da die Patientin sich nun an der linken Thoraxseite verunstaltet fühlte, was auch schon bei dem DHS vor dem Spiegel geschehen sein konnte, erlitt sie einen Selbstwerteinbruch für diesen lokalen Bereich der linken Brust, dessen organisches Korrelat die Rippen bzw. das Sternum bzw. die linke Hälfte des Sternums sind. Als es schließlich gelang einen Chirurgen zu finden, der trotz der Osteolysen des Sternums und der Rippen eine Abtragung des Melanoms mit Hautdeckung wagte, und sich auch freundlicherweise ausdrücklich an die Maßgabe hielt, das Periost nicht zu verletzen, gelang zwar die Operation, aber die Patientin bekam nun eine gewaltige Schwellung des Periosts der Rippen in dem Bereich, der ja osteolysiert war und der linken Sternumhälfte.

Glücklicherweise kannte sie die NEUE MEDIZIN und ließ sich auch rasch beruhigen, daß das nur die Heilung des Skeletts in diesem Bereich sei, die etwa 8-12 Wochen dauern, zwar schmerzen würde aber sonst ungefährlich sei. Glücklicherweise hat die Patient das alles inzwischen überstanden und ist wieder gesund. Hätte man den freundlichen Chirurgen nicht gefunden, dann wäre die Patient in diesem Teufelskreis gestorben.

Ähnliche Teufelskreise gibt es auch von Natur aus, die dort sogar ihren Sinn haben. z.B. erleiden viele Patienten wenn sie gelähmt sind, noch zusätzlich einen Selbstwerteinbruch für den Skelettbereich des Gliedes, das sie eben nicht mehr bewegen können. Sie kommen nur schwer aus dem ersten Konflikt heraus, wenn dann z.B. der Schenkelhals des Beins osteolysiert und bricht, denn nun können sie nicht nur auf Grund der motorischen Lähmung nicht mehr laufen, sondern sie können auch statisch nicht mehr laufen, weil der Schenkelhals gebrochen ist.

So grausam das zu sagen auch ist, solch ein Patient wäre in der Natur das "Futter für den Löwen". Bei uns Menschen ist es uns glücklicherweise möglich, einen solchen Teufelskreis dadurch zu unterbrechen, daß wir dem Patienten eine entsprechende Hüftprothese einsetzen. Damit ist natürlich der 1. Konflikt der motorischen Lähmung noch nicht gelöst, aber der Teufelskreis mindestens unterbrochen.

Es gibt auch solche Teufelskreise, die durch das Nicht-verstehen oder auch durch eine echte Behinderung in der Heilungsphase entstehen. Solch ein Teufelskreis ist z.B. die primär chronische Polyarthritis (PCP), die auf folgendem Mechanismus beruht: Der Patient erleidet einen Selbstwerteinbruch der Ungeschicklichkeit für seine Finger bzw. Handskelettbereich, indem er irgend eine große Ungeschicklichkeit begeht. Löst er diesen Konflikt, dann schwillt die Knochenhaut an, und da es sich häufig um Osteolysen in der Nähe der Gelenke handelt, drückt das Oedem in die Richtung des geringsten Widerstandes, sprich in das Gelenk der Finger oder ins Handgelenk hinein. Durch diese Schwellung fühlt sich der Patient nun noch ungeschickter als er sich schon vorher gefühlt hatte, und er erleidet nun in dem ja inzwischen gelösten Konflikt - denn sonst würde es zu einer Schwellung der Gelenke nicht gekommen sein - ein Rezidiv.

Das Rezidiv bewirkt, daß die Schwellung der Gelenke zurückgeht, aber nicht weil sie geheilt sind, sondern weil sie in der erneuten ca-Phase wieder neu Osteolysen machen statt Rekalzifizierung. D.h. der Vorgang kehrt sich wieder um. Geht die Schwellung wieder zurück, fühlt sich der Patient wieder geschickter mit seinen Händen und kann wieder eine Lösung dieses Konfliktes erreichen. Die Lösung bewirkt aber wieder eine Schwellung der Fingergelenke. Und so geht dieser Vorgang in Wellen immer weiter und kann sich über viele Jahre erstrecken, bis es schließlich zu einer Deformation der Hände kommt, die dann wieder bleibende Ungeschicklichkeitsmomente zementieren.

Dieses gleiche oder ähnliche Phänomen haben wir bei allen Knochensarkomen, besonders häufig im Knie, der sog. akuten Poly- oder Monarthritis oder dem sog. Gelenkrheumatismus, z.B. der Knie. Der sog. akute Gelenkrheumatismus ist die Heilungsphase bzw. streng genommen ein gelenknahes Knochensarkom, dem eine Knochenosteolyse in der Nähe des Knochens vorausging. Durch die starke Schwellung und die Deformation des Gelenkes, die eigentlich passager ist, kann es jedoch zu einem erneuten Unsportlichkeits-Konfliktrezidiv kommen, weil der Patient ja nun erst recht nicht mehr laufen kann. Ich habe schon erwähnt, daß wir früher durch diesen akuten Gelenkrheumatismus nie einen Pat. durch Tod verloren haben. Heute werden alle diese Fälle als Osteosarkome geführt und die Mortalität liegt derzeit sehr hoch. Aber abgesehen davon, kann der Patient auch wenn er nicht daran stirbt, in einen Teufelskreis hineinkommen, der schließlich zu einer erheblichen Deformierung des Kniegelenks führt.

Wir müssen als Ärzte in der NEUEN MEDIZIN sehr behutsam sein. Wir müssen jedes Wort auf die Goldwaage legen, denn ein einziges unbedachtes Wort kann sofort einen neuen Konflikt auslösen, d.h. den Patienten in den Teufelskreis bringen.

So kann z.B. das Wort "Ileusgefahr" bei einem Darmkarzinom augenblicklich in der gleichen Sekunde, in der das Wort ausgesprochen ist, beim Patienten einen Verhungerungskonflikt auslösen, indem er sich verständlicherweise vorstellt, daß die

Speise nun nicht mehr durch den Darm hindurchgehen und er so verhungern müsse. Er erleidet also augenblicklich ein solitäres Adeno-Karzinom der Leber im dorsalen rechten Leberbereich. Von da ab ist ein Teufelskreis geschlossen insofern, als alles was in Zukunft mit dem Darm zu tun hat, Rezidive an diesem Leberkarzinom machen wird. Z.B. wenn der Patient Angst hat, daß durch die Operation dort Verwachsungen entstanden seien, ja wenn er nur eine Obstipation hat und denkt, es könnte doch in Richtung Darmverschluß laufen, wird er immer wieder an diesem solitären Leberkarzinom ein Rezidiv erleiden. In gleicher Weise erzeugt die Ankündigung einer Operation, die wegen des Darms oder irgendeines Vorgangs im Bauch notwendig erscheint - selbst wenn es sich um einen Kaiserschnitt handelt - bei den allermeisten Patienten einen Peritoneal-Mesotheliom, also einen Krebs des Bauchfells, der zwar eine Lösung findet, wenn die Operation rasch und erfolgreich ausgeführt worden ist, die aber jederzeit bei einer vermeintlich ähnlichen Gefahr, z.B. der Angst vor einer Operation, oder einem erneuten Kaiserschnitt, als Konfliktrezidiv wieder einschlagen kann und wieder ein neues Peritoneal-Mesothelium hervorruft.

Auch die Heilungsphase, nämlich der Aszites kann seinerseits einen erneuten Teufelskreis hervorrufen und sich mit dem ersten Konflikt, das da was operiert werden sollte, d.h. also der Chirurg eine Attacke gegen den Bauch plante, verbinden. Der Aszites kann nun zum Ausgangspunkt einer Teufelskreisautomatik werden.

Immer wenn der Patient in die Heilungsphase kommt, also einen Aszites hat, bekommt er Panik und durch die Panik geht der Aszites zurück, löst sich die Panik, kommt der Aszites wieder, als Zeichen der Heilung und so geht das immer weiter und es besteht die Gefahr der Eskalation.

Ein solcher Teufelskreis ist z.B. auch das Punktieren eines solchen Aszites. Wenn der Doktor ankündigt, er müsse nun den Aszites punktieren, empfindet der Patient diese Punktion erneut als Attacke gegen den Bauch, was sie ja auch im wahrsten Sinne des Wortes ist. Er erleidet also ein Rezidiv, das man nicht sieht, weil ja sowieso einige Liter aus dem Aszites abgezogen werden. Wäre das nicht gewesen, dann würde man sehen, daß der Aszites weniger und der Bauch kleiner wird, aber nicht durch Heilung, sondern durch erneutes Konfliktrezidiv. Beruhigt sich der Patient dadurch wieder, dann bekommt dieses Rezidiv wieder eine Lösung und als Folge der Lösung verstärkt sich der Aszites wieder gewaltig.

Dieses schlimme Spiel kann über Monate so weitergehen, bis der Patient irgendwann in diesem Teufelskreis stirbt, z.B. dadurch, daß er einen sehr niedrigen Serum-Eiweißspiegel bekommt, weil er zunächst diese Aszitesflüssigkeit aus dem Blutserum jeweils ersetzt, so daß der Patient uns quasi durch die Aszitespunktionen verhungert. Alle diese an sich sehr logischen Vorgänge und Gefahren erfordern Mediziner mit gesundem Menschenverstand, Takt und Einfühlungsvermögen und einem hohen Grad an klinischen Kenntnissen. Gerade diese Teufelskreise zeigen uns, daß man auf gar keinen Fall irgendwelche Bereiche eines solchen komplexen Geschehens delegieren darf an Psychotherapeuten, die dann ohne medizinisches Wissen therapieren.

Ein Teufelskreis ist grundsätzlich eine gefährliche Sache, die jederzeit eskalieren und zum Tode des Patienten führen kann.

Kapitel XIII

Die interanimalische biologische Sprache
Sprache von Mensch und Tier

Unendlich alt ist das Bedürfnis der Menschen, die Sprache der Tiere zu verstehen. Von unserem Hund, Pferd und Kuh erwarten wird, daß sie unsere Sprache lernen und verstehen können, hauptsächlich unsere Befehle, d.h. daß sie sich dressieren lassen. Aus dem Altertum wissen wir von der Religion der Hethiter, der Inder, der Griechen und der Germanen, daß sie weitgehend ein sehr inniges Verhältnis zu den Tieren hatten, ihre Pferde z.B. geradezu als ihre Freunde betrachteten. Die Götter konnten sich nicht nur in Tiere verwandeln, sondern viele Götter stellte man sich in Tiergestalt vor. Es galt als selbstverständlich, daß die Tiere eine Seele und auch eine Sprache hatten, und die Götter konnten sich natürlich auch mit den Tieren unterhalten. Auch den Menschen wurde diese besondere Fähigkeit gelegentlich zuteil. Überhaupt war der ganze Kosmos nicht geteilt. Es gab zwar Verständigungsschwierigkeiten, aber die waren nicht unüberwindlich. Je archaischer und unverbildeter die Religionen waren, desto normaler erschien den Menschen dieser Religionen der Dialog mit den Tieren.

Das änderte sich gründlich als sich der Islam und das Christentum durchsetzten. Ihre Tierverachtung beendete jeglichen Dialog mit den Tieren und degradierte alle Tiere (und Pflanzen) zu rein kaufmännischen Artikeln, die man ausnutzen und verkaufen kann. Die Menschen sind dabei verroht und verarmt. Der Dialog zu unseren Tieren ist abgerissen. Daran hat auch so ein kleiner Lichtblick wie der heilige Franz von Assisi nichts geändert. Stattdessen wird den Tieren nicht nur ihre Seele abgesprochen, sondern auch ihre Sprache. "Ach", sagen die Tierfeinde, "die Tiere können doch gar keinen Schmerz empfinden, weil sie keine Seele haben, allenfalls eine Gruppenseele, die schreien nur aus Instinkt, alles nur Reflexe. Dafür kann man ja sorgen, daß sie nicht mehr schreien können". Aber auch bei der lautlosen Folter schreien unsere Kameraden, die Tiere.

In neuerer Zeit gewinnt die sog. "Verhaltensforschung" immer mehr Bedeutung. Immerhin lernen wir vieles wieder verstehen, was uns vorher völlig unverständlich geworden war. Notgedrungen müssen wir dabei mit unseren Mitkreaturen, den Tieren, kommunizieren. Aber die Sache bleibt Stückwerk, solange wir dabei nur von Instinkten und Verhaltensweisen sprechen und den Tieren nicht die eine ähnliche Seele zugestehen wie uns selbst.

Erst dann können wir echt mit ihnen kommunizieren. Das große Manko an diesen Kommunikationsversuchen war immer, daß wir die Sprache der Tiere nicht verstehen konnten. Vielleicht gelingt es wirklich eines Tages, die von den Delphinen ausgestoßenen Tonfrequenzen zu entschlüsseln, und vielleicht gelingt es dann allmählich, die Tonsprache der Tiere zu verstehen. Aber jeder Hundefreund weiß z.B., daß ein Hund mit dem ganzen Körper spricht und auch verstanden wird von seinesgleichen. Er spricht mit dem Schwanz, den er hochstellen kann oder senkt, und mit dem er wedeln kann, er spricht mit dem Fell, das er sträuben kann, er spricht mit der Gebärde, den Augen dem Blecken der

Zähne oder dem Anlegen der Ohren, und er spricht mit rituellen Handlungen, z.B. dem siegreichen Gegner sich zu unterwerfen und ihm die Kehle zum Biß anzubieten. Natürlich können wir diesen Teil der "Sprache" nicht hören, gleichwohl spricht der Hund durch sie. Und so machen es alle Tiere untereinander ihrer besonderen Art gemäß. Weil sie eine andere Sprache haben, sind sie nicht etwa dümmer als wir, sondern sie sind nur anders.

Es gibt aber eine Sprache, die wir mit unseren Tieren gemeinsam haben, das ist die **"interanimalische biologische Sprache"** unseres Gehirns. Wenn ich auch nur ein ganz bescheidener Kollege vom heiligen Franz von Assisi bin, so ist doch im Prinzip diese gemeinsame Sprache sehr eindeutig und einsehbar. Wenn es im Moment auch noch ein bißchen kompliziert ist, aber wir können uns im Prinzip per CCT mit jedem Pferd und jeder Maus "unterhalten"!

Denn die Sprache des Gehirns, eben die interanimalische Sprache ist, sowohl hinsichtlich Lokalisation der Ängste und Konflikte im Gehirn, als auch hinsichtlich Verlaufsänderung im Gehirn analog derjenigen bei uns Menschen! Ein Mutter/Kind-Konflikt, ein Selbstwerteinbruch-Konflikt, ein Angst-im-Nacken-Konflikt, alle liegen bei Mensch und (Säuge)-Tieren an vergleichbarer Stelle und imponieren, entsprechend ihrem Konfliktverlauf, als HAMERsche HERDE, ähnlich den Konflikten im Gehirn des Menschen.

Die unten abgebildete Dackelhündin, die stets mit der linken Pfote nach der Wurst bettelt, ist offensichtlich "linkspfötig". Die Dackelhündin litt außer an einem Gesäuge-Ca an einer sog. "Magen-Epilepsie".
Ihre hochbetagte Besitzerin war gestorben. Die Tochter der Besitzerin nahm sich der Dackelhündin an und holte sie zu sich in ihre Wohnung und in ihren Tabaksladen.
Die Dackelhündin erlitt dabei gleichzeitig 2 Konflikte:

1. einen Nestrevierkonflikt mit dem zugehörigen Gesäuge-Ca rechts (statt links, wegen Linkspfötigkeit)
2. einen Identitätskonflikt mit zugehörigem Magenulcus (statt Rectum-Schleimhaut-Ulcus, wegen Linkspfötigkeit)

Wäre die Hündin rechtspfötig gewesen, dann wäre der HH im rechten Kleinhirn (mit linkem Gesäuge-Ca) und im linken Großhirn (mit Rectum-Plattenepithel-Ulcus-Ca) eingeschlagen. Wegen der Linkspfötigkeit aber finden wir den HH im linken Kleinhirm und das zugehörige Karzinom im rechten Gesäuge, sowie den andern HH in der rechten Hemisphäre im Magenrelais - wohlverstanden bei den identischen Konflikten wie bei einer "Rechtspföterin"..

Ich fand heraus, daß die Hündin ihren epileptischen Brechanfall jedesmal dann erlitt, wenn der Bruder der neuen Besitzerin zu Besuch gewesen war. Dann glaubte die Hündin, die ja den "biologischen Identitätskonflikt" hatte, ("ich weiß nicht, wohin ich gehöre") jedesmal, er nehme sie mit in ihr früheres Zuhause, wo der Bruder der neuen Besitzerin immer noch wohnte. Hatte sie sich dann wieder damit abgefunden, daß er sie doch nicht mitgenommen hatte, bekam sie ihre epileptoide Krise.

Und so (siehe Pfeil) "verstehen" wir die Sprache der kleinen Dackelhündin, die schon zweimal am Gesäuge operiert worden war und eingeschläfert werden sollte, im Gehirn sehr genau.

Die Therapie war, nachdem wir erst einmal die Sprache des Tierchens verstehen konnten, relativ einfach: Wir mußten für eine dauerhafte Konfliktlösung des biologischen Identitäts-Kon-

flikts "ich weiß nicht, wo ich hingehöre" sorgen. Wir lösten das Problem so, daß der Bruder der Besitzerin einige Monate lang nicht zu Besuch kommen durfte. Außerdem brachte ich der Hündin jeden Morgen eine schöne Wurst vorbei, was ihr natürlich sehr gefiel. Bald wußte das Tierchen wieder, wohin es gehörte. Das Gesäuge-Ulcus stoppte und brauchte auch nicht mehr chirurgisch angegangen zu werden. Die Magenepilepsie, die vorher zweimal wöchentlich nach Besuchen des Bruders der Besitzerin aufgetreten war, stoppte abrupt. Von einschläfern redet niemand mehr. Seit vier Jahren schon ist das Hündchen wieder putzmunter und fühlt sich "pudelwohl". Es kam "nur" darauf an, die Sprache der "Kameradin Dackelin" zu verstehen, dann war die Therapie einfach, d.h. logisch folgerichtig zwingend.

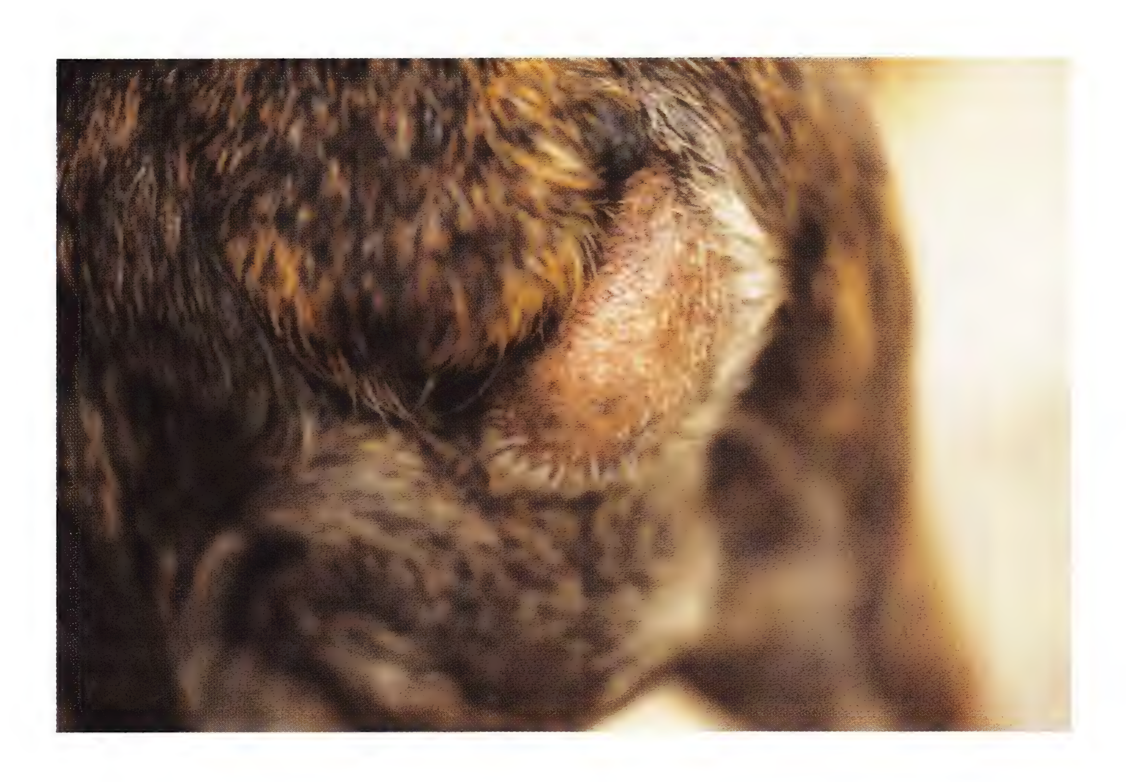






Unser Boxerpaar, rechts Rüde Basso, links Hündin Kimba, die von Rom nach Köln "umgetopft" wurde. Als Rechtspföterin erlitt sie einen Identitätskonflikt ("Wo gehöre ich hin?"). In der pcl-Phase bekam sie die zugehörigen Hämorrhoiden nach einem Rectum-Ulcus-Ca.





große
Hämorrhoide oben



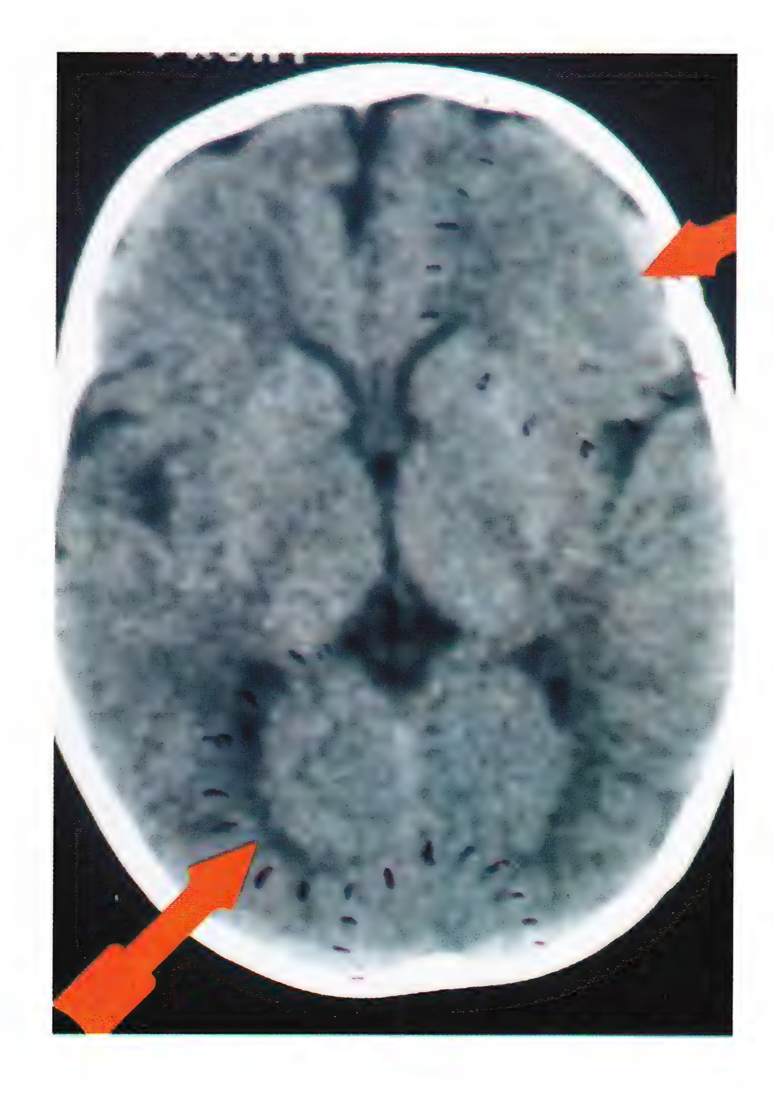
links: CCT des Hundeschädels. Im Rectumrelais des linken Temporallappens sieht man ein großes Oedem als Zeichen der pcl-Phase ("Ich weiß wieder, wo ich hingehöre"). Zu dieser Zeit waren bereits beide Boxer unzertrennlich.

Der biologische Konflikt in der Embryonalzeit

Der Mensch (ebenso das Tier) ist vom Beginn der Zeugung an ein eigenständiges Wesen. Als solches durchlebt er in der intrauterinen Ontogenese nochmals die gesamte Phylogenese. Während unserer gesamten Phylogenese konnten wir biologische Konflikte erleiden - als älteste die archaischen Konflikte der althirngesteuerten Organe. Warum also sollten wir nicht auch während der Rekapitulation der Phylogenese in der Ontogenese im Mutterleib biologische Konflikte im Mutterleib erleiden können? Natürlich können wir sie erleiden und zwar als eigenständige Wesen!

Dies ist die eine Art, einen biologischen Konflikt zu erleiden, quasi völlig an der Mutter vorbei. Die zweite Art, einen biologischen Konflikt zu erleiden, ist die, daß entweder die Mutter eine Panik erleidet und die Versorgungsgefäße zur Plazenta zuschließt. Dann verhungert das Kind. Die Mutter kann zwar einen Konflikt erleiden, aber er bleibt "storniert" bis nach der Schwangerschaft, weil diese absoluten Vorrang hat. Das ist von dem Moment an anders, wenn das Kind im Mutterleib selbst in der ca-Phase und damit selbst einen Abort auslöst, sich quasi suizidiert. Dann setzen Wehen ein und vom Beginn der Wehen an ist die Schwangerschaft einstweilen biologisch zu Ende. Nun kann die Mutter im Gegenzug die (Nicht-mehr)-Schwangerschaft beenden.
Einige Beispiele:

Intrauteriner Flüssigkeitskonflikt mit Revierangst- und Angst-im-Nacken-Konflikt
Eine junge im fünften Monat schwangere Hebamme spülte Instrumente am Waschbecken ab im Kreißsaal. Neben ihr stand das Bett einer ausländischen Kreißenden, die, weil sie schlecht deutsch verstehen konnte, unter den Wehen in Panik geriet. Plötzlich schrie sie "hysterisch" wie am Spieß, daß der ganze Kreißsaal erzitterte, wie die junge Hebamme berichtete. In dieser Sekunde muß der Embryo im Leib der jungen Hebamme einen Wasserkonflikt und gleichzeitig Revierangst-Konflikt mit DHS erlitten haben: Er assoziierte dabei Wasser mit einer sehr großen Gefahr wegen des markerschütternden Geschreis der Gebärenden - weil ja die Hebamme gerade unter fließendem Wasser die Instrumente spülte und das Wasser dabei gehörig platschte. Am Abend traten bei der Hebamme Wehen und leichte Blutungen auf: Drohender Abort! Sie blieb ein paar Tage zu Hause, dann hatte sich die Sache wieder beruhigt, so glaubte sie. Sie ging wieder in den Kreißsaal, spülte wieder Instrumente und hört, genauso wie ihr Kind wieder schreiende Kreißende, zwar nie mehr so furchtbar aber ausreichend. Sie bekam mehrmals Wehen und Blutungen und wieder drohte ein Abort. Schließlich, Mitte des sechsten Monats ging sie vorzeitig in Mutterschaftsurlaub. Von da ab erlitt der Embryo keine Rezidive mehr, realisierte das auch, der biologische Konflikt löste sich. Als das Kind geboren wurde, fand man eine Zyste der linken Niere, die Mutter bemerkte außerdem, daß das Kind längere Zeit stark hustete und schlecht sah. Leider ließ sich die Hebamme dazu überreden, die Niere herausoperieren zu lassen und sogar noch dem Säugling trotz Wohlbefindens, Chemo verabreichen zu lassen.



Relais rechts frontal: Bronchial-Ca in pcl-Phase, organisch-klinisch: starker Husten.

Linkes Nierenrelais unten links: in pcl-Phase, auf organischer Ebene: Nierenzyste links.

Der häufigste intrauterine Konflikt: Das "Kreissägensyndrom"

Der bei weitem häufigste embryonale Konflikt ist der Kreissägenkonflikt. Wir haben davon bisher etwa dreißig Fälle. Der Mechanismus dabei ist folgender:

Wir Menschen haben genauso angeborene Codes wie die Tiere. Die Menschen leben seit Millionen von Jahren in der gleichen Erdzone wie der Löwe oder andere Raubtiere. Das Brüllen des Löwen ist für uns Menschen ein Alarmzeichen. Dies ist uns angeboren und sogar der Embryo erkennt schon das Brüllen des Löwen und wird maximal unruhig.

Unsere Kreissäge imitiert in etwa das Brüllen und Fauchen eines Raubtiers. Die schwangere Mutter des Embryos hat inzwischen in unserer Zivilisation ihre Instinkte weitgehend verloren. Sie stellt sich ahnungslos neben eine laufende Kreissäge oder sägt sogar selbst mit, nicht ahnend, daß ihr Kind in ihrem Leib dabei in fürchterliche Panik gerät, denn es kann nichts anderes annehmen, als daß die Mutter im nächsten Augenblick vom Löwen gefressen wird - samt Embryo. Je nach erstem Eintreffen des biologischen Konfliktes, der Dauer und Häufigkeit des Konfliktes und natürlich abhängig davon, wie der Embryo beim ersten DHS den biologischen Konflikt erlebt hat, sehen wir nach der Geburt motorische oder sensorische Lähmungen oder beides kombiniert, häufig auch schizophrene Konstellationen. Dafür reicht, daß das Kind einem ähnlich erschreckenden Geräusch ausgesetzt wird, wie z.B. dem Geräusch einer Bohrmaschine, um einen neuen Konflikt auf der anderen corticalen Seite des Großhirns zu erleiden. Dabei besteht die Gefahr, daß das Kind viele Jahre mit diesen beiden biologischen Konflikten in schizophrener Konstellation bleibt, weil die Eltern später ahnungslos weiter mit dem Kinderwagen z.B. an einer Kreissäge vorbeifahren. Vor allem auf dem Lande ist die Kreissäge schon fast ein Haushaltsgerät...

Unser Gehirn hat diese Zivilisationsgeräusche einfach noch nicht im Programm, sondern assoziiert sie mit den Gefahren, die aufgrund unserer phylogenetischen Anpassungen in unserem Programm engrammiert sind.

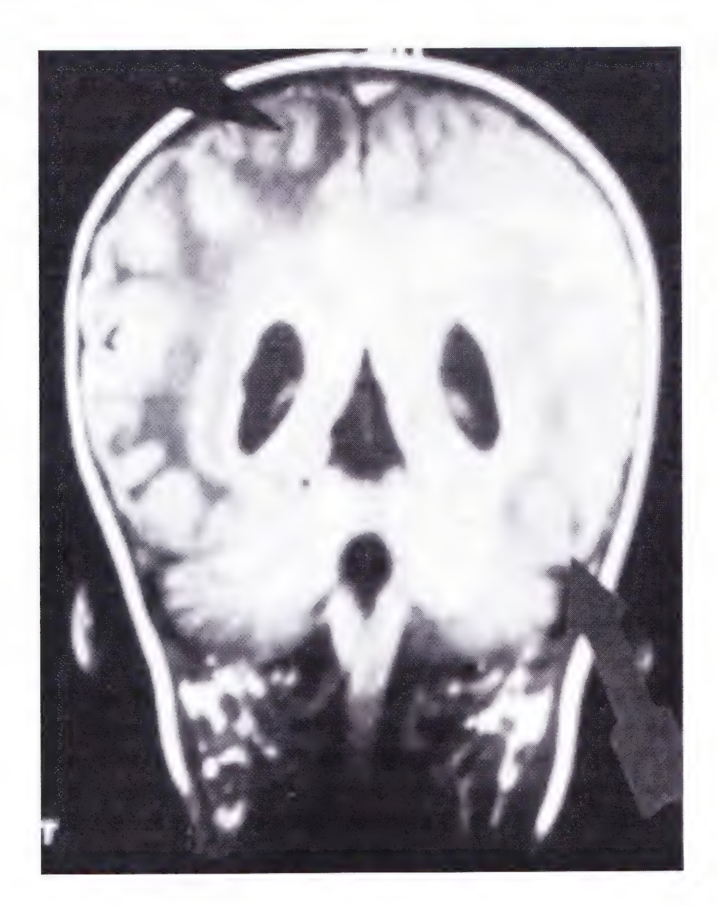


Fall eines Neugeborenen mit Spitzfuß und Diabetes:
Das nachfolgende CCT ist von einem Kind wenige Tage nach der Geburt, das mit einem Spitzfuß auf die Welt kam (hängende Heilung = Spastik des linken Beins).
Außerdem hatte das Kind noch einen zweiten motorischen Konflikt für rechtes Bein und Arm und einen Diabetes. Es sträubte sich und wollte entfliehen, weil sich die Eltern während des letzten Teil der Schwangerschaft ständig anschrien. Das Kind bekam Panik und war in schizophrener Konstellation. Das hatte also zwei Konflikte im Mutterleib erlitten
1. Einen Diabetes, Konflikt des sich Sträubens
2. Einen motorischen Konflikt der rechten Wade mit Spitzfuß nach der Geburt, bzw. Spastik als Zeichen der hängenden Heilung. Die Rezidive bestanden darin, daß die Eltern auch nach der Geburt häufig stritten.

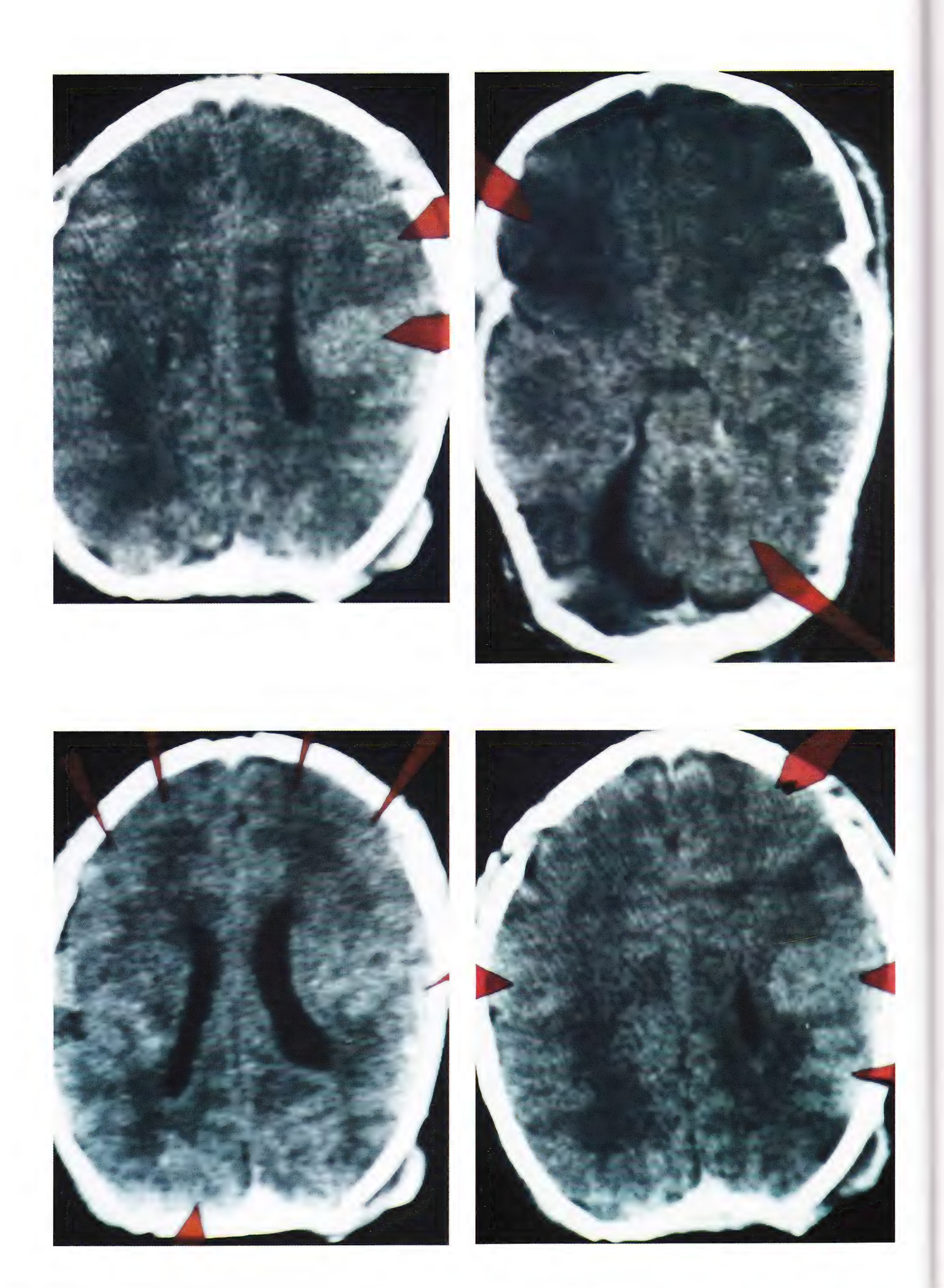
Die "Sprache des Gehirns" bei Säuglingen. Tod eines Kleinkinds durch Hospitalschädigung:

Nach Magenulcus durch Hospitalisation und durch Shuntoperation mit allen weiteren dazugehörenden Hospitalisationsschäden, die dem Jungen völlig unnötigerweise beigebracht wurden, starb das Kleinkind mit 1 1/2 Jahren an Kachexie.

1. Mot. Teillähmung re. Arm in Lösung
2. Revierärgerkonflikt (Magenulcus) in Lösung, in der pcl-Phase laufend blutiges Erbrechen (Hämatemesis)



Die motorische Teillähmung (rechter Arm) entstand bei der Impfung gegen Diphterie und Tetanus im Alter von 3 1/2 Monaten (Pfeil oben, mot. Rindenzentrum). Bei der Impfung wurde der kleine Junge mit einem Handtuch eingedreht und "gefesselt". Er erlitt den Konflikt des Nicht-abwehren-könnens, sowie einen Revierärgerkonflikt mit Magenulcus (rechter Pfeil).
Wegen der darauffolgenden epileptischen Krise erfolgte Einlieferung in die Klinik und ein erneutes DHS, weitere epileptische Krisen mit Revierärger (und Magenepilepsie in der Heilungsphase) und durch immer wiederkehrende Rezidive ein schwerster Hospitalisierungsschaden, der schließlich zum Tode führte.
Die interanimalische biologische Sprache ist eindeutig und beredt: Laßt mich frei und laßt mich zu meiner Mutter! Dieser Fall verlief besonders zynisch, weil ein sogenannter Richter die Mutter, die sich den gesunden Menschenverstand bewahrt hatte, entmündigte und das Kind gegen den ausdrücklichen Willen der Mutter (und gegen meinen Rat) zwangsweise operieren ließ woraufhin es starb.



Fall K.R. geb 10.5.1990, CT vom 16.5.90
Bei diesem Fall eines 6 Tage alten männlichen Säuglings aus Holland kann der Fachmann ebenfalls sehr gut die beredte "Sprache des Gehirns" verstehen. Der Säugling hatte 10 Stunden im Geburtskanal gesteckt. Es kam zu einer schweren Hypoxie unter der Geburt. Dabei erlitt das Kind einen Frontalangstkonflikt mit einem Revier- und einem Revierärgerkonflikt (alles rechts), einen Angst-im-Nacken-Konflikt, einen weiteren Herd im perinsulären Bereich auf der linken Seite, außerdem einen Thalamus-Konflikt (allerschwerster Persönlichkeitskonflikt mit Entgleisung der chemischen Parameter), sowie einen schweren Verlustkonflikt im Hodenrelais rechts (für den linken Hoden). Alle diese Herde wurden als Hirntumoren angesehen.
Der Säugling war unter der Geburt in schizophrener Konstellation. Sechs Tage später ist alles in Heilung und alles in Oedem.

Die Sprache und die Ängste des Säuglings könnten wir nur dann verstehen, wenn wir die Geburt möglichst genau rekonstruieren. Denn nur dann können wir uns vorstellen, in welcher Reihenfolge die Konflikte eingeschlagen sind. So wie dieses sehen viele Computertomogramme von Säuglingen unmittelbar nach einer schweren Geburt aus. Glücklicherweise ist das Gehirn jung, die Schädelkalotte elastisch. Aber die "Sprache des Gehirns" ist sehr eindringlich: Erholung von den Ängsten der Geburt.

Kapitel XIV

Die Statistik in der bisherigen Medizin
Die sog. Erfolgsfälle

Sinn und Intention einer Statistik ist es zuerst, Faktenreihen aufzuzeigen z.B in Kurvendiagrammen. Sodann wird eine andere Faktenreihe aufgezeigt. Als drittes wird nun die Kurve oder Parameter A mit Kurve oder Parameter B in eine kausale Beziehung gesetzt.

Der Inhalt der Kurven wird willkürlich ausgesucht und eingegeben. Die Rechnung und die nachfolgende Schlußfolgerung erfolgen formal richtig.

Die sog. Erkenntnisse in der Schulmedizin wurden bisher immer nur statistisch gewonnen. Solange Fakten zusammengezählt werden, ist Statistik legal.

Wo aber Fakten verschiedener Reihen statistisch **kausal** verknüpft werden sollen, da wird die Sache fehlerhaft.

Beispiel: Es gibt zunehmend weniger Störche...Natürlich. Es gibt zunehmend weniger Babies. Natürlich. Daraus folgt statistisch: Die Störche brachten doch die Babies. Hirten im Kaukasus bekommen wenig Krebs. Hirten im Kaukasus essen viel Schafskäse. Statistische Folgerung: Schafskäse ist antikarzinogen, verhindert Krebs (Wissenschaftl. Arbeit aus dem Ordinariat für Krebsprophylaxe der Univ. Heidelberg/Mannheim).

Meiner Ansicht nach ist die Statistik selbst eine höchst umstrittene Form der sog. Wissenschaftlichkeit.
Beispiel:
a) es werden mehr Autos produziert
b) es werden mehr Straßen gebaut
Statistische Verknüpfungsmöglichkeiten:
1) weil es mehr Autos gab, mußte man mehr Straßen bauen
2) je mehr Straßen gebaut wurden, desto mehr Autos wurden produziert

Da man über die meisten Phänomene nur begrenzte Informationen hat (abgesehen von der Schwierigkeit der Erhebung von Hinter-Gründen), sieht es in der Realität so aus, daß vor allem dort Statistiken erhoben werden, wo die Erhebung relativ leicht machbar ist: Z.B. Mortalitätsstatistiken in Verbindung mit geographischen, Ernährungs-, Luftschadstoff- etc. Statistiken.

Der Fehler dabei war stets der, sich aus hundert möglichen Gründen einen herauszusuchen, der zu passen schien und daraus eine statistische Wahrscheinlichkeit zu konstruieren und die restlichen Möglichkeiten gar nicht erst zu untersuchen. Denn, daß die Hirten im Kaukasus während des ganzen Jahres kaum eine ernsthafte Konfliktmöglichkeit hatten, wurde gar nicht erst als Ursache in Betracht gezogen.

Ähnliche seltsam anmutende Ergebnisse kann man z.B. erzielen, wenn man in einer Gruppe arme Leute aus sozial schwächeren Schichten zusammenfaßt, wie es fast immer der Fall ist, wenn man Untersuchungen über Gebiete mit starker Luftverschmutzung durch Industrieabgase oder andere Schadstoffe anstellt und einer anderen Gruppe Menschen gegenüberstellt, die in unbelasteten Gebieten wohnen. Bei Menschen, die in Bitterfeld oder Leuna wohnen, wird die hohe Luft- bzw. Umweltverschmutzung selbstver-

ständlich als ausschlaggebender Faktor angenommen. Außer Acht gelassen werden etwa Fragen wie:

-Wie ist die soziale Schichtung der zu untersuchenden Bevölkerung?
-Kommen sie aus Gebieten mit hoher Arbeitslosigkeit oder drohender Arbeitslosigkeit durch Stellenabbau, Massenentlassungen, wie z.B. in der arg gebeutelten Schwerindustrie?
-Inwieweit ist das Bewußtsein, in einer Gegend mit hoher Umweltverschmutzung in Kombination mit negativen Sensations-Meldungen in der Presse ein konfliktträchtiger Faktor?
(Beispiel: Im März diesen Jahres gingen tagelang "Horrormeldungen" über einige Babies durch die Presse, die ohne Hände auf die Welt kamen. Dies käme angeblich durch die Wasserverschmutzung der Nord-und Ostsee, an der die betreffenden Mütter der Babies leben!)
-Ist möglicherweise die Hoffnungslosigkeit, Armut und Angst vor schwerer Krankheit, in der Menschen etwa in Bitterfeld oder Leuna vor und auch nach der "Wende" leben müssen ein weit größerer statistisch relevanter Faktor bei der Entstehung von Krankheiten?

-Wie ist auf die Konfliktträchtigkeit bezogen ganz allgemein die Wechselwirkung von niederer sozialer Schicht (mit ihren daraus entstehenden Zwängen) und dem Bewußtsein z.B. in einem Beruf mit Schadstoffen umzugehen, die angeblich krebsauslösend wirken können?
Natürlich gibt es bisher keinerlei Statistiken unter dem Blickwinkel der NEUEN MEDIZIN. Hier kämen ganz andere Erklärungen zum Zuge, die man obendrein noch messerscharf beweisen könnte.
So soll Anilin-Applikation bekanntlich zu Blasen- oder Nierenbecken- oder Rectum-Schleimhaut-Papillomen führen. Hier könnte die NEUE MEDIZIN eine sehr einfache Erklärung liefern:
Die betroffenen Individuen können durch die Verfärbung und Geruchsveränderung von Urin und Kot den biologischen Konflikt erleiden, "das Revier nicht mehr markieren zu können". Wenn es zu einem DHS gekommen ist, dann kann dieser Konflikt, den es in der weiblichen und männlichen Form gibt, zu Nierenbecken-Ulcera, Blasenulcera führen (rechtshändige Männer), bei rechtshändigen Frauen und linkshändigen Männern würde den genannten organischen Symptomen ein Identitätskonflikt und ein Revierärger-Konflikt entsprechen. Die Papillome sind dann schon wieder die verhornten, geheilten Zustände, die wir bisher fälschlicherweise als Karzinome verkannt hatten, die aber im Grunde nur harmlose Warzen waren.
Wenn man z.B. die Bevölkerung untersuchen will, die nahe an einem Atom-Reaktor wohnt, das sind nämlich nur arme Leute, und wenn man dagegen ein Kontingent von reichen Leuten nimmt, die nicht am Reaktor zu wohnen brauchen, dann kommt eigentlich nur bei der Statistik heraus, daß arme Leute mehr Krebserkrankungen erleiden als reiche Leute mit einem dicken Scheckbuch. Natürlich erwähnt das in der Statistik niemand mehr, daß die einen arm waren und die anderen reich. Man sagt nur, die einen haben am Reaktor gewohnt und die anderen nicht. Ich kenne aber keinen Reichen, der nicht sofort, wenn die ersten Reaktorpläne auftauchen, sofort sein Haus nach Möglichkeit verkaufen und wegziehen würde.
Und so basieren unendlich viele Statistiken auf der Grundbeobachtung: Arme Leute haben mehr Krankheiten als Reiche.

Es steht in jedem Lehrbuch der Onkologie, daß die Beschneidung Gebärmutterhalskrebs verhindert, also anti-karzinogen ist. Diese Untersuchung samt idiotischem Ergebnis kam folgendermaßen zustande: Israelische Ärzte untersuchten ein Kontingent von israelischen Hausfrauen daraufhin, wie häufig diese Frauen in fünf Jahren an Gebärmutterhalskrebs erkrankten.

Als Vergleichskontingent benutzten sie ein Kontingent arabischer Prostituierter, die natürlich wahllos mit beschnittenen und unbeschnittenen Freiern sexuellen Verkehr hatten. Diese Prostituierten, die mit ihrer Vagina und allem was zu diesem Milieu dazugehört, ihren Lebensunterhalt verdienten, erkrankten natürlich weit häufiger an Gebärmutterhalskrebs, als die israelischen Hausfrauen.

Daraus folgerte man messerscharf, das könne natürlich nur daran liegen, daß die israelischen Hausfrauen nur mit ihrem beschnittenen Ehemann schliefen, die Huren aber auch mit unbeschnittenen Freiern, woraus man wieder schloß, daß das männliche Smegma daran schuld sei.- Ein perfekter pseudowissenschaftlicher Beweis, daß Smegma karzinogen ist.

Bei Kenntnis der NEUEN MEDIZIN erübrigt sich hierzu jeglicher weitere Kommentar.

Wie wir ja alle wissen, leidet die Statistik stets daran, daß man bei zwei ähnlichen Vorgängen ähnlicher Kontingente nur einen der möglichen 50 Gründe festnagelt und die anderen 49 Gründe unter den Tisch fallen läßt. Solche medizinische Pseudostatistik ist eben keine Wissenschaft.

Die Statistik war immer nur eine zahlenmäßige Zusammenfassung von Fakten, die vermeintlichen Ursachen wurden statistisch hinzukonstruiert. Nachträglich besehen hatten alle Statistiken das Manko, sich nur auf der organischen Ebene bewegt zu haben und auch da blieb das Gesetz der Zweiphasigkeit der Erkrankungen mangels Kenntnis der Zusammenhänge unberücksichtigt, sowieso blieb die psychische Ebene und die cerebrale Ebene, die Bedeutung der Links- und Rechtshändigkeit ebenfalls unberücksichtigt. Von der epileptischen Krise, die die häufigste Todesursache darstellt gar nicht zu reden.

Im Nachhinein kann man daher mit Fug und Recht sagen, daß die meisten medizinischen Statistiken ohne jeden Wert und in sich sinnlos waren.

Das **Leberzellkarzinom** ist mit weitem Abstand die häufigste Krebsart in vielen Teilen Afrikas und Asiens.

In Mosambik	70%	aller Karzinome
Senegal	67%	"
Bantu in Südafrika	50%	"
Indien, China, Taiwan u. Philippinen	20%	"
USA, Kanada u. West-Europa	2-3%	"

(Neumayr, A. and Weiss, W.: Liver tumors-new aspects. Hepatogastroenterology 28:1, 1981)

Wie wir ja durch die NEUE MEDIZIN wissen, entspricht einem Leberzellkarzinom auf psychischer Ebene der biologische Konflikt der Verhungerungsangst. Was Wunder, daß also in Gebieten, die durch politische Wirrnisse und Hungersnöte geprägt sind, der Leberkrebs bis zu 35 mal so häufig ist, wie in Gebieten des geordneten und gesicherten Über-Lebens, wie USA, Kanada und

Westeuropa.

Statistische Erhebungen förderten als Risikofaktoren für **Gebärmutterhals-Ca** zu Tage:
Niedriger Sozio-ökonomischer Stand, Rasse (Schwarze Frauen doppelt so oft betroffen wie Weiße), Vorzeitige Heirat, frühes Alter der ersten Geschlechtskontakte, Zahl der Partner.
Daraus wurde der Schluß gezogen, daß männliches Sperma karzinogen sei.
(Swan, S.H., and Brown, W.L.:Vasectomy and cancer of the cervix. N.Engl.J.Med. 301:46,1979)
Nachdem man mit der NEUEN MEDIZIN weiß, daß das Gebärmutterhals-Karzinom (bei rechtshändigen Frauen) auf psychischer Ebene mit einem sexuellen Konflikt korelliert, ist natürlich mit dieser Statistik nur erhellt, daß je früher und häufiger man sexuellen Verkehr hat, damit auch die Möglichkeit für einen sexuellen Konflikt ansteigt.

Die Statistik der Erfolgsfälle in der bisherigen Medizin:
Grundsätzlich ist es so, daß ja Statistiken, egal über was sie berichten, nie zum Vergleich untherapierte Fälle heranziehen (keine Operation, Bestrahlung, Chemotherapie etc.!).
Meines Wissens hat Abel (Heidelberg) in seiner Arbeit "Die zytostatische Chemotherapie fortgeschrittener epithelialer Tumoren" als erster innerhalb der Schulmedizin gewagt dieses Manko vorsichtig anzudenken.
Bei allen Meldungen über die Entdeckung von neuen Mitteln gegen "den Krebs" frage ich immer nur: "Hilft es, bitte schön, in der konfliktaktiven Phase oder in der vagotonen Heilungsphase?". In beiden Phasen, die ja völlig konträr sind, kann es ja wohl nicht helfen.
Es liegt auf der Hand, daß in einer Phase, die sich durch alle möglichen körperlichen Parameter fundamental von der anderen unterscheidet, nicht ein und dasselbe Medikament "helfen" kann.
(Schon gar nicht möchte ich hier die Frage vertiefen, inwieweit es denn überhaupt sinnvoll ist, einen sinnvollen Heilungsvorgang in der Natur therapieren zu wollen!).
So ist es bei Verständnis des ontogenetischen Systems der Tumoren logisch und kann ständig in der Praxis belegt werden, daß Zytostatika bei den althirngesteuerten Tumoren in der konfliktaktiven Phase noch tumorverstärkend, weil stressfördernd wirken.
In der pcl-Phase verhindern Zytostatika dagegen die Heilung, blocken sie ab, mithin z.B. die notwendige Arbeit der zuständigen Mikroben.
Allenfalls bei den großhirngesteuerten Krebsen kann ein rein symptomatischer Scheinerfolg in der pcl-Phase erzielt werden, da man jeden Heilungsvorgang mit Zytostatika sofort abblocken kann. Dies ist bei den mesodermalen Erkrankungen der Fall, wie Knochenkrebs (in der pcl-Phase Leukämie und Knochensarkom), oder bei Hoden- und Eierstocksnekrose (interstitiell), (in der pcl-Phase Hodenschwellung und Eierstockszyste, später induriert) oder bei Lymphknotennekrose (in der pcl-Phase Lymphom). Man kann jeden Furunkel, jeden Abszeß, sogar jeden Bienenstich mit Zytostatika zum Abschwellen bringen. Zytostatika behindern und blocken also nur die Heilungsphasen der mesodermalen Erkrankungen ab und erreichen so zweifelsohne rein symptomatische Scheinerfolge.

Sehr interessant ist in diesem Fall eine Dissertation von Cl. Rohwedder, Dipl.-Psychologin und Ärztin (1978) an der medizinischen Uniklinik Hamburg. Es wurden 445 Patienten mit Bronchial-Plattenepithel-Ca und Alveolar-Adeno-Ca statistisch ausgewertet ("Statistische Untersuchung über Bronchial-Karzinom"). Diese sehr gewissenhafte Arbeit zeigt, wie schwierig solche Fälle überhaupt statistisch vergleichbar sind.
Fangen wir an bei der Operabilität: Nur 10% der Fälle waren operabel. Der Chirurg sucht sich natürlich die besten Fälle aus, die er als operabel erklärt. Deshalb sind seine Ergebnisse vielleicht minimal besser als die der sog. Strahlen- und Chemotherapeuten. Nach 119 Wochen, also etwas mehr als zwei Jahren, starb noch der letzte Patient und zwar einer, bei dem eine Lungenatelektase zufällig entdeckt worden war, ohne daß er Beschwerden gehabt hätte. Die meisten Todesfälle gab es nach Ablauf schon eines Monats. Durchschnittlich sind alle Patienten nach 3-4 Monaten gestorben. 11% der durch Zufall entdeckten Lungenkarzinome (insgesamt 83) hatten ein Adeno-Ca. Diese hätte man in früherer Zeit gar nicht oder als Tuberkulose diagnostiziert. Interessant ist auch, daß etwa 30% der diagnostizierten Patienten eine Behandlung ablehnten. Ob von diesen einer oder gar mehrere - sogar längere Zeit - überlebt haben, wurde nicht untersucht. Das aber wäre die interessanteste Fragestellung gewesen, angesichts der niederschmetternden Therapie"erfolge" der Schulmedizin. Denn nach 119 Wochen war auch der letzte therapierte Patient gestorben.

Versuchen wir einmal diese Zahlen aus der Sicht der NEUEN MEDIZIN zu sehen:

a. Plattenepithel-Bronchial-Ca und Plattenepithel-Kiemenbogengangs-Zysten im Mediastinum

Die Diagnose erfolgt ausschließlich erst in der pcl-Phase (bei Patienten mit Beschwerden) oder **nach** der Heilungsphase (bei Patienten ohne Beschwerden). Der Konflikt muß also schon vorher gelöst gewesen sein.

Würden wir diese Patienten **vor** einer schulmedizinischen negativen Diagnose und Prognose in unsere Hände bekommen, dann könnten 95% dieser Patienten, die sich ja schon in der Heilungsphase befinden, überleben.

b. Lungenrundherd-alveoläres-Adeno-Ca:

Bis auf ganz wenige Patienten, die vielleicht noch in der ca-Phase sind, ist das Gros solcher Patienten entweder noch in der Heilungsphase oder schon darüber hinaus. Die meisten Patienten haben einen kleineren oder größeren Lungenrundherd, einen Lungenrundherd als Restzustand, der die Todesangst um ein verunglücktes Familienmitglied (auch den Hund) ausdrückt. Solche solitären Rundherde werden dann oft zufällig nach Jahren bei einer Routineuntersuchung entdeckt. Solche Patienten sind gar nicht mehr krank. Ihnen hat nur die Tuberkulose in der Heilungsphase gefehlt, denn hätten sie eine Kaverne, spräche niemand von Tumor. Diese Patienten überleben praktisch alle - sie sind ja gar nicht krank und es gibt keinen vernünftigen Grund, warum oder woran sie sterben sollten.

Fazit: Fast alle Patienten sind - innerhalb von 119 Wochen - die meisten schon innerhalb weniger Wochen - an der Panik mit ihren Folgekonflikten gestorben.

Schon aus einem einzigen Grund muß man alle Statistiken, die über die angeblich positiven oder negativen Wirkungen von Medikamenten bei Krebs verfaßt wurden, mit einem dicken Fragezeichen versehen:

Sie hatten dem Gesetz der Zweiphasigkeit der Erkrankungen eben nicht Rechnung getragen!

Weder die Psychologen, noch die Medizinstatistiker kannten die Regel von der Links- und Rechtshändigkeit und der damit verbundenen verschiedenen Korrelation von Konflikt und entsprechender Hirnlokalisation mit der wiederum daraus resultierenden Organlokalisation.

So kann z.B. eine linkshändige postklimakterische Greisin bei einem ganz normalen Revierkonflikt ein Gebärmutterhals-Karzinom erleiden, was eine rechtshändige junge Frau nur bei einem sexuellen Konflikt (biologisch gesprochen des Nicht-begattet-werdens) erleidet. Dies ist heute wohl kaum noch einem Psychologen erklärbar.

Für sehr viele Statistiken bedeutet das Nichtwissen der Bedeutung der Links- und Rechtshändigkeit eine katastrophale Fehlerquelle bei all ihren Schlußfolgerungen.

Die große Masse der Krebsstatistik betrifft die vermeintlichen Karzinogene.
Die Statistiken, die Karzinogene behandeln, sind in aller Regel unter Durchführung von Tierversuchen erstellt worden. Dabei wurde den Versuchstieren Psyche und Intelligenz abgesprochen. So fragte man aus Unkenntnis bei den Versuchsanordnungen nie nach dem **spezifischen biologischen Gehirn-Code der Gattung** des Versuchstieres oder blickte gar zur Verhaltensforschung hinüber, um die Frage zu beantworten:
- Auf welche Weise kann schon die Versuchsanordnung, das Konfrontieren eines Versuchstieres z.B. mit einem bestimmten Stoff bei diesem einen Konfliktschock mit DHS auslösen.
- Was für Stoffen ist ein solches Tier in seiner natürlichen Umwelt normalerweise ausgesetzt?
- Ist nicht schon die Haltung des oder der Versuchstiere an sich unter oft völlig artfremden Bedingungen ein möglicherweise konfliktträchtiger Faktor, der jedweden Versuch völlig verzerren muß?
- hierher gehört natürlich besonders der Fragenkomplex der Übertragbarkeit solcher Versuchsergebnisse auf den menschlichen Bereich ganz allgemein.

Die Kanzerogenität des Formaldehyds, was weltweit unwidersprochen blieb, wurde durch folgende Versuchsanordnung "erwiesen":

Amerikanische Forscher spritzten Ratten, deren empfindlichstes Organ ihre Nase ist, Formaldehyd-Lösung, die man zur Desinfektion verwendet und um die die Tiere schon gewöhnlich einen großen Bogen machen, in tausendfacher Konzentration ein Jahr lang mehrmals täglich in die Nase! Einige der armen, derart auf das Fürchterlichste gequälten Tiere, erlitten offensichtlich bei dieser Prozedur ein DHS und entwickelten einen Nasenschleimhautkrebs. Den gleichen Effekt hätte man bei einem Menschenversuch erzielen können, bei dem man den Probanden in gleicher Weise ein Jahr lang mehrmals täglich Sch.... in die Nase gespritzt hätte, woraus man natürlich streng hätte folgern müssen, daß Sch.... karzinogen ist!

Man wird sich wohl noch erinnern, welche Milliardenkonsequenzen dieser Versuch leider samt einer Formaldehyd-Massenhysterie auslöste.

In meiner Arbeit "Krebs und Rauchen", HP-Journal 8/1983 hatte ich W. Dontenwill et al. (Zeitschrift f. Krebsforschung u.

klin. Onkologie 89, 153-180, 1977) zitiert, die in Hamburg schon 1977 nachgewiesen hatten, daß Lungenkrebs offensichtlich nicht durch das Rauchen hervorgerufen wird.

Bei einem Großversuch über mehrere Jahre wurden tausende von Goldhamstern lebenslang mit Zigarettenqualm beraucht, während Kontrolltiere nicht beraucht wurden.

Man stellte fest, daß kein einziges der Tiere ein Plattenepithel-Bronchial-Ca erlitten hatte, keines ein Lungenrundherd-Ca, ja, daß die berauchten Goldhamster evident länger gelebt hatten, als die nicht berauchten Vergleichstiere.

Nach den Kriterien der bisherigen Medizin hätte damit die Diskussion über den Zusammenhang von Rauchen und Krebs beendet sein müssen mit dem Ergebnis: Zigarettenrauchen macht keinen Krebs.

Aber das Ergebnis wurde totgeschwiegen bzw. relativiert: Berauchte man nämlich Labormäuse (Abkömmlinge der Hausmaus) mit Zigarettenrauch, dann fand man bei einigen wenigen Lungenrundherde, also Alveolar-Krebs, den Mensch und Säugetier bei einem Todesangst-Konflikt erleiden.

Nun sagte man eben: "Ja, dann macht Rauchen, wenn auch keinen Bronchialkrebs, aber dann doch ein wenig Lungen-Krebs."

Seither spricht man im Zusammenhang mit Rauchen nie mehr von Bronchial-Ca, sondern von Lungen-Ca. So wunderbar kann man statistisch lügen!

Das Besondere an der Sache ist: Die Tiere haben ebenfalls eine Psyche wie wir Menschen. Ein Menschenembryo kann einen motorischen Konflikt im Mutterleib erleiden, wenn es etwas Löwengebrüll-Ähnliches (z.B. eine Kreissäge) in seiner Nähe hört. Denn dagegen hat es einen angeborenen Signal-Code.

Einen Goldhamster regt Rauch nicht auf, denn er tut ihm in seinem Lebensraum gewöhnlich nichts, weil er unter der Erdoberfläche in Höhlen wohnt, er hat also keinen Panik-Code entwickelt.

Eine Maus aber kann Brandgeruch oder Zigarettenqualm durchaus aufregen: Wenn in früheren Zeiten ein Dachstuhl brannte, rannten alle Mäuse, noch bevor man etwas bemerkt hatte, blitzschnell aus dem Haus. Für Brandgeruch haben Mäuse eine feine Nase und einen angeborenen Panik-Code, können also auch einen Todesangst-Konflikt mit Alveolar-Ca erleiden.

Solche Versuchsanordnungen können wir uns daher in Zukunft sparen.
Man könnte die Kritik der pseudowissenschaftlichen Statistik in der Medizin noch beliebig fortsetzen...
Ich gestatte mir die Prognose, daß die Tierversuche später einmal als eine Schande für unser gesamtes Zeitalter und als Zeugnis unserer unsäglichen Ignoranz angesehen werden dürften.

Ursprünglich hatte man einmal beobachtet:
Fast nur Männer erleiden ein Bronchial-Ca - Männer rauchen, Bronchialkrebs kommt also vom Rauchen.

Nach der NEUEN MEDIZIN liest sich das so: Der Bronchial-Plattenepithel-Ulcus-Krebs ist das organische Korrelat eines Revierangst-Konfliktes. Revierangst können nur Männer haben (oder maskuline postklimakterische Frauen). Bronchial-Krebs können darüberhinaus linkshändige junge Frauen erleiden (zusammen mit einer Depression). Bei diesen wird es aber aufgrund der weiblichen Hormonlage gewöhnlich nicht dramatisch schlimm, seltener diagnostiziert. Mit Rauchen hatte das alles gar nichts zu tun.

In "American Scientific" (Spektrum d. Wissenschaft, 3. Aufl. Heidelberg 1990) kann man wunderbar nachlesen, wie es zu der Verknüpfung Zigarettenrauch macht Krebs kam bzw. der Aufrechterhaltung der Behauptung eines ursächlichen Zusammenhangs: Man konstruierte nämlich plötzlich eine "Latenzzeit", gleichzeitig stellte man von Bronchialkrebs um auf "Lungenkrebs" (mit Alveolarkrebs). Und nun liest sich das Ganze so: "Lungenkrebs ist eine Krankheit des 20. Jahrhunderts. Anfangs waren nur Männer davon betroffen, aber inzwischen tritt er auch bei Frauen auf. In den USA ist Lungenkrebs bei Männern für etwa ein Drittel aller Todesfälle verantwortlich, in England für ungefähr die Hälfte. Von Anfang an wurde das Zigarettenrauchen als die wahrscheinlichste Ursache angenommen, denn dies war eine neue Art der Luftverunreinigung, der anfangs vor allem Männer, später auch Frauen ausgesetzt waren. Diese Erklärung stieß jedoch auf Schwierigkeiten. Insbesondere war es nicht möglich, in den verschiedenen Ländern die Häufigkeit von Lungenkrebs mit dem Pro-Kopf-Konsum von Zigaretten in Einklang zu bringen. Dieses Problem wurde weitgehend gelöst, als man die lange Inkubationszeit der Krankheit erkannte. (Bild 7). Zwar bleiben immer noch zahlreiche Fragen offen, doch der grundlegende Tatbestand wird nicht länger angezweifelt. Ein Zigarettenraucher geht ein zehn- bis 50fach höheres Risiko ein, an Lungenkrebs zu sterben, wobei der genaue Wert unter anderem davon abhängt, wieviel er raucht und in welchem Land er lebt. Wenn innerhalb einer bestimmten Gruppe viele das Rauchen aufgeben, wird sich die Sterblichkeitsziffer für Lungenkrebs in dieser Gruppe insgesamt verringern. Es spricht also alles dafür, daß Lungenkrebs, die häufigste tödliche Krebsform, weitgehend verhindert werden könnte, wenn das Zigarettenrauchen abgeschafft würde."(vgl. S. 15-16 des o.g.Titels)
Wie konnten solche Statistiken und Folgerungen zustande kommen? Ganz einfach: Drei Faktoren werden unberücksichtigt gelassen:

1. In den 20er Jahren war Weltwirtschaftskrise Massenarbeitslosigkeit, es gab keine Sozialämter, kein Arbeitslosengeld, die Todesangst während und nach dem ersten Weltkrieg groß, Leber- und Lungentuberkulose sehr häufig.

2. Als Glanztat unserer modernen Hygiene wurde die seit 1930 rasch gelungene Ausrottung der Übertragung von Mykobakterien tuberculosis gefeiert. Zwar entstanden in den 30er Jahren aufgrund der verbesserten Wirtschaftslage weniger Leber- und Lungenrundherd-Karzinome, aber die, die entstanden, - nach 1939 wieder sehr viel mehr durch den Krieg - wurden nun nicht mehr durch Tbc abgeräumt und verblieben so diagnostisch sichtbar als Lungenrundherde bzw."Lungenkrebs".
Nach W.E. Müller (die Infektionserreger des Menschen, 1989, S. 3) ist es so: "Noch 1850 lag die Tuberkulose-Mortalität in Nordeuropa etwa 50 mal höher als 50 Jahre später."

Tuberkulose-Todesfälle je 100000 Einwohner gab es in den USA
im Jahre 1900 : 194
1940 : 46
1956 : 8
(Documenta Geigy, wissenschaftl. Tabellen, 1960, S. 632)

Tuberkulose:
Über die Tuberkulose gibt es eine interessante Arbeit von Citron und Girling (D. Varrell, Lehrbuch der Infektionskrankheiten, 1990), aus der ich einige interessante Dinge zitieren will: "Tuberkelbakterien können in großer Zahl in Tiere injeziert werden, ohne daß unmittelbar pathologische Auswirkungen auftreten. Der genau Mechanismus ihrer Virulenz ist nicht klar." Danach folgt ein seitenlanger Erklärungsversuch, wobei man alle zellular-pathologischen Möglichkeiten der Hypothesen ausschöpft: Phagen-Hypothese, immunologische Hypothese, T-Lymphozyten-Hypothese etc. Das Gehirn oder die Psyche werden dabei natürlich nicht in Betracht gezogen.

Und doch ist den Medizinhistorikern aufgefallen, daß Armut und Tuberkulose stets zusammengehörten: "...In Großbritannien forderte eine Tuberkuloseepidemie während der industriellen Revolution des 18. Jahrhunderts so viele Opfer, daß sie als "weiße Pest" bekannt wurde. Danach nahm die Erkrankungshäufigkeit, auch ohne Kontrollmaßnahmen stetig ab. Die Ursache dafür liegt wahrscheinlich in der Verminderung der Infektionsrisiken, mit weniger engen Wohnraumverhältnissen, besserer Ernährung und verbesserten sozialen Bedingungen, die zu einer verbesserten Wirtsresistenz führten."

Später heißt es: "... In den meisten Entwicklungsländern ist das derzeitige Risiko einer Tuberkuloseinfektion 20-50 mal höher (zu ergänzen: als in Großbritannien).

Ich möchte damit folgendes sagen: Man hatte viele richtige Fakten gesammelt. Diese Fakten werden nicht bestritten. Nur an das Nächstliegende, daß die Tuberkulose etwas mit den Ängsten, speziell der Angst zu sterben, der **Armen** etwas zu tun haben könnte, darauf kam niemand. Vielleicht weil die sog. seriösen Ärzte auch immer reiche Ärzte waren. Sie konnten sich nicht mehr in die Seele eines Armen hineinversetzen. Hätte es nur

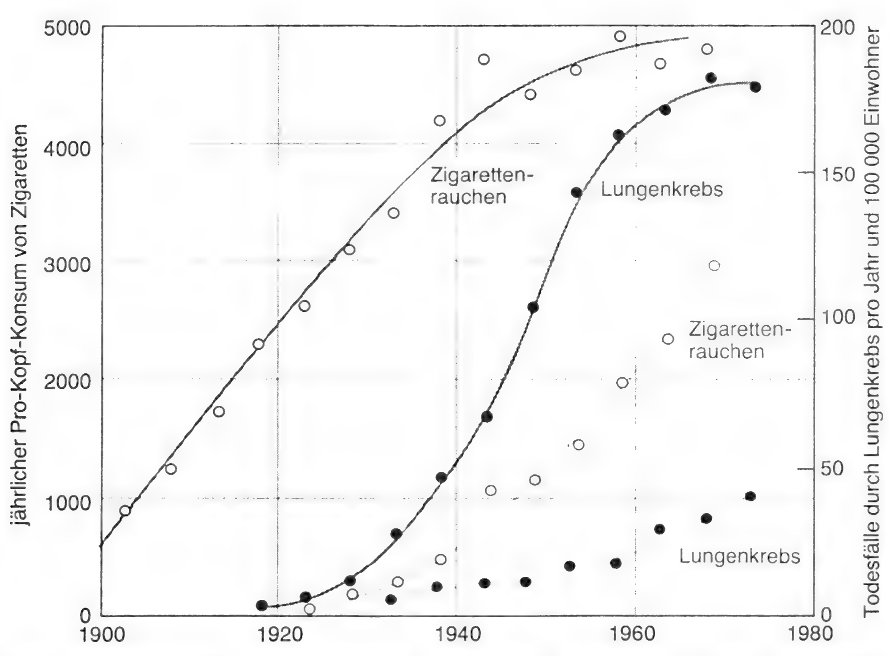


Bild 7: Zigarettenrauchen und Lungenkrebs hängen unzweifelhaft zusammen. Doch aufgrund der großen Zeitspanne zwischen einem erhöhten Zigarettenkonsum und dem vermehrten Auftreten von Lungenkrebs blieb die Beziehung lange unklar. Die gezeigten Daten stammen aus England und Wales. Unter der männlichen Bevölkerung (schwarze Symbole) nahm das Rauchen zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu, doch der entsprechende Anstieg der Zahl von Lungenkrebstoten war nicht vor 1920 zu beobachten. Frauen (farbige Symbole) begannen viel später zu rauchen, und Lungenkrebs tritt erst jetzt bei ihnen häufiger auf.

einmal ein einziger versucht, dann hätte er auch gleich die erste Phase der Lungen-Tbc mitentdeckt, und dann hätte er eigentlich auch die ganze NEUE MEDIZIN mitentdecken müssen.
Es wurden in der Folgezeit immer mehr Lungenrundherde als Lungenkrebs diagnostiziert, die vorher als Lungentuberkulose erst in der pcl-Phase diagnostiziert worden waren. Dadurch nahm die Tuberkulose ab, der Lungenkrebs zu.

3. Das Bronchial-Ca wurde zum Lungen-Ca umettikettiert

(vgl. "Spektrum d. Wissenschaft wie oben, S. 18)
Die vorangehenden Kurven-Vergleichsdiagramme sind sehr aufschlußreich: Sinn und Zweck sind klar: Man möchte beweisen, daß Rauchen doch Krebs macht. Die Untersuchungen von Dontenwill et al.: "Untersuchungen über den Effekt der chronischen Zigarettenrauchinhalation beim syrischen Goldhamster und über die Bedeutung des Vitamin A auf die bei Berauchung gefundenen Organveränderungen", Z.Krebsforschung 89, 153-180 (1977) sind Fakten: Von 6000 lebenslang berauchten Goldhamstern bekam kein einziges Tier Bronchialkrebs, kein einziges Lungenrundherd-Alveolar-Krebs. Diese Tatsachen will man nun statistisch relativieren, damit am Ende wieder das Ergebnis steht: Rauchen macht eben doch Krebs. Dieses Ergebnis wird unter Zuhilfenahme mehrerer Hypothesen plausibel gemacht:

1. Man berücksichtigt nicht mehr nur den Bronchialkrebs, sondern schreibt schlicht "Lungenkrebs". Lungenkrebs ist aber:

a. Bronchial-Ulcus-Plattenepithel-Ca, das immer erst in der pcl-
Phase als "Atelektase" entdeckt wird.
b. Alveolar-Adeno-Ca, auch Lungenrundherde genannt, das man in der konfliktaktiven Phase sieht, es wird in der pcl-Phase, sofern säurefeste Stäbchen vorhanden sind, zur Lungentuberkulose.
c. intrabronchiales-Becherzell-Adeno-Ca, das nur in der ca-Phase erscheint oder dann, wenn in der pcl-Phase keine säurefesten Stäbchen vorhanden sind. Falls säurefeste Stäbchen (Tbc) vorhanden sind, verkäst das (sehr kleine) Ca als Tuberkulose.
d. Pleura-Mesotheliom, das man gewöhnlich in der ca-Phase nicht bemerkt, in der pcl-Phase mit Tbc: Pleura-Tbc, Verschwartung; ohne Tbc: sog. karzinomatöser Pleuraerguß.
e. Kiemenbogengangs-Ulcera mediastinal, retrocardial, Plattenepithel-Ulcera. In der pcl-Phase Kiemenbogengangszysten. Nach mehreren Rezidiven Induration des sog. zentrozytisch-zentroblastisches Non-Hodgkin-Lymphom.
f. Euthyreote retrosternale, mediastinale, präcardiale Schilddrüsenausführungsgangs-Plattenepithel- (erst in der pcl-Phase) Struma.

Die Hypothese ist, daß alle diese "Lungentumoren" etwas mit Rauchen zu tun haben. Dabei gelangt der Zigarettenrauch nur in die Bronchien, praktisch schon nicht mehr in die Alveolen. Durch die Unkenntnis der 2. biologischen Gesetzmäßigkeit sind die "Tumoren" gar nicht definiert. Ca-Phasen-Tumoren werden vermischt mit pcl-Pseudotumoren, Restzustände von verhinderter Tbc und Tbc selbst. Die Ergebnisse können nur irreführend sein!

2. Der Zusammenhang von Krebs und Tuberkulose wird nicht be-

rücksichtigt. Seltsamerweise ist niemandem aufgefallen, daß zugleich mit dem Rückgang der Tbc ein Anstieg der Lungenrundherde erfolgte. Das geht so weit, daß es in Indien (Siehe nachfolgende Abb.), weniger als 25 "Lungenkarzinome" auf 100000 Einwohner gibt, in Europa dagegen bis zu 100 Fälle (gültig f. Männer). Dagegen gibt es dafür in Indien ein 20-50faches an Lungentuberkulose.

3. Man konstruiert willkürlich hypothetisch eine "Latenzzeit", so als ob der Zigarettenrauch 20 Jahre einwirken müsse, um wirken zu können. Mit diesem Trick glaubt man sich gleichzeitig die unerklärlichen Fakten von heute noch eine Weile fernhalten zu können, da man diese ja erst in 20 Jahren erklären muß.

Zurück zu unserem Diagramm: Während der Anstieg der Lungenkrebsfälle zwischen 1920 und 1940 in erster Linie auf die Verbesserung der Röntgendiagnostik zurückzuführen sein dürfte - und vermutlich wirklich Bronchial-Atelektasen beinhaltete - so summieren sich ab 1940 schlicht nur weiter verbesserte Diagnostik und verhinderte Tbc.

Seltsamerweise reißt die Kurve bei etwa 1970/72 ab. Die weiteren Phänomene können nämlich nur noch schwer erklärt werden, denn seit 1970 nimmt der Zigarettenkonsum ab. Eigentlich müßte auch der sog. Lungenkrebs abgenommen haben, wenn er vom Rauchen herrühren würde. Das ist nicht der Fall.

Ein weiterer Fehler ist das Unberücksichtigt-lassen der Alterspyramide. Zwar bekommen alte Menschen vergleichsweise viel mehr Bronchialkrebs als junge, ebenfalls Lungenrundherdkrebs. Aber wir zählen nur die Krebserkrankungen der Lunge in einer bestimmten Bevölkerungseinheit in einer bestimmten Zeiteinheit, obwohl die Lebenserwartung stark angestiegen ist, und sagen einfach, es hat zugenommen. Für die Masse der 65-85jährigen etwa haben wir jedoch nur ein ganz dünnes Vergleichskontingent!

Die "Fragebogenstatistik":

Wenn bei einem Patientenkontingent die Frage beantwortet werden soll, ob die Betreffenden in einem fraglichen Zeitraum einen psychischen biologischen Konflikt gehabt hatten, so kann ich nur warnen vor den Ergebnissen der sog. Fragebogen-Statistik:

Wie wir ja jetzt aus den Erkenntnissen der NEUEN MEDIZIN wissen, muß es nicht der "Verlust eines Partners" sein, der ein DHS mit biologischem Konflikt auslöst, sondern relevant wird ein "Partnerverlust" überhaupt erst durch die Art und Weise, wie der Verlust zustande kam und wie **unerwartet** das Individuum davon betroffen wurde. Hier entscheidet sich, ob überhaupt ein biologischer Konflikt ausgelöst wird.

Man kann in Kenntnis der 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten annehmen, daß der größte Teil der Statistiken über psychische Daten bei Patienten völlig wertlos ist, jedenfalls, wenn die so fälschlich gewonnenen Daten zum Auftreten von Krankheiten in Bezug gesetzt werden.

Für Nichtraucher wurde dann wieder das sog. Passivrauchen hinzukonstruiert, und daß für einen Zigarettenrauch der aus mehr als 1200 verschiedenen Substanzen besteht, die auch in allen möglichen anderen Stoffen bzw. chemischen Verbindungen, die wir einatmen, auftreten können.

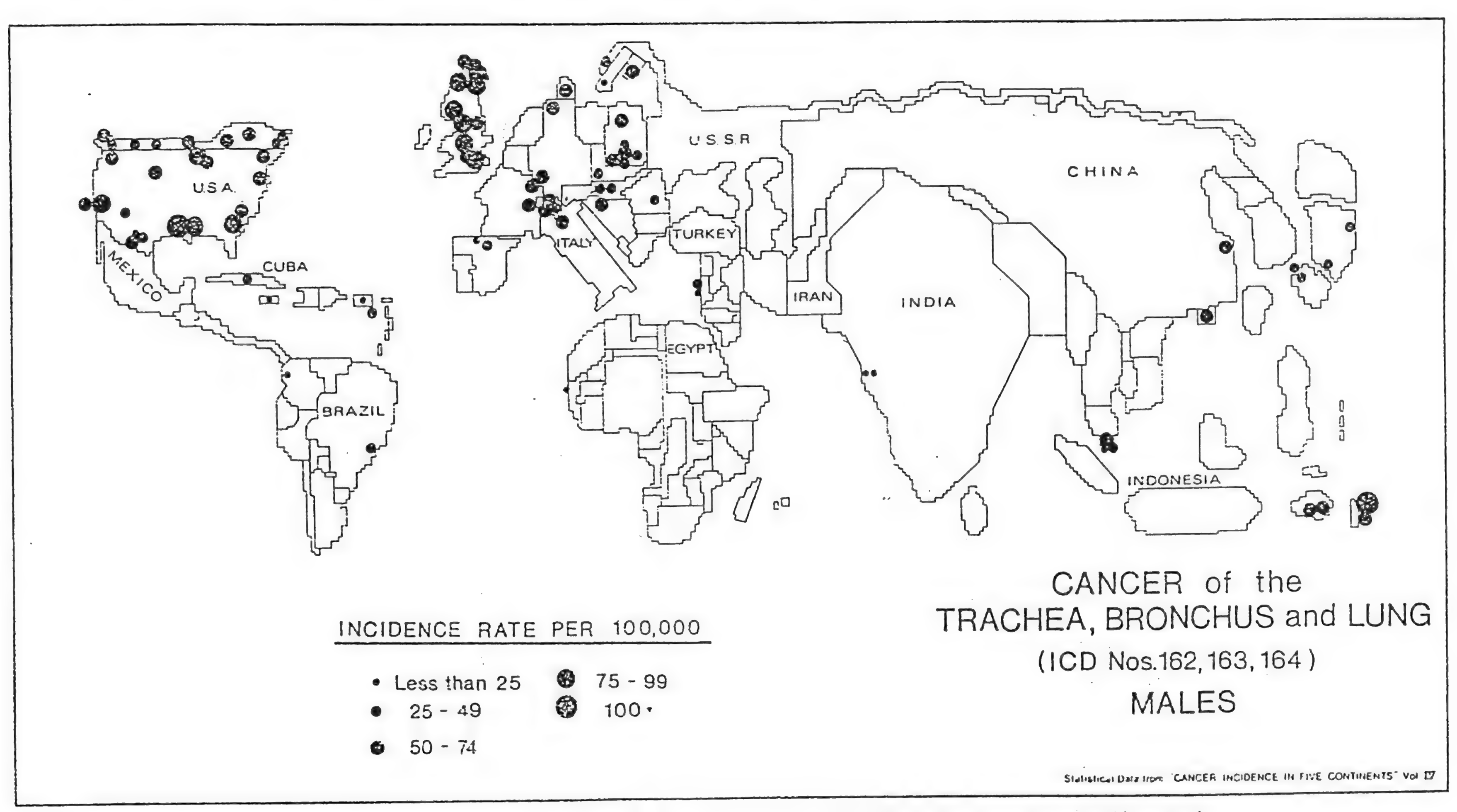


Fig. 1.3 Cancer of the trachea, bronchus and lung, global incidence 1973–77: males. No comparable data available for the blank areas shown on this map and on Figs. 1.5, 1.7–1.9, 1.11, 1.13–1.15, 1.17, 1.19, 1.21 & 1.23–1.24.

Die "Erfolgsfall-Statistik":
Immer wieder werde ich von allen möglichen Medizinern aufgefordert, ich solle doch einmal "Erfolgsfälle" dokumentieren, meine "besten Fälle". Dann würden wir alle, bzw. jeder für sich, 20 "Erfolgsfälle" aus der Hosentasche ziehen und alle wären wir gleich. Es würde auch nichts ausmachen, wenn der "Erfolgsfall" noch bei weiteren 10 Therapeuten ebenfalls - gut dokumentiert - als "Erfolgsfall" auftauchen würde, wobei jeder glaubt, es sei gerade "sein Medikament" gewesen, das den Erfolg herbeigeführt habe.

Für ein naturwissenschatlich-biologiches **gesetzmäßiges System** gibt es keinen Erfolg oder Mißerfolg. Das System ist, wenn es auf biologischen Gesetzmäßigkeiten basiert, immanent **zwingend.**

Auch der sog. therapeutische Mißerfolg erfolgt nach den 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN **zwingend konsequent!**

Kapitel XV

Zusammenhänge zwischen Psyche-Gehirn-Organ, die man vor 1981 vermutete

A. Ein historischer Rückblick

Schon zu allen Zeiten hatten die Menschen ein Gespür dafür, daß es einen Zusammenhang zwischen psychischen Konflikten, Emotionen und einschneidenden Erlebnissen und Erschütterungen im Leben der Menschen, wie Tod eines Partners oder Kindes u.ä. gibt. Davon gibt u.a. auch unsere deutsche Sprache in unzähligen Redewendungen und Ausdrücken beredtes Zeugnis. Wie sehr sich teilweise der Mensch in seiner Ausdrucksweise schon den biologischen Konflikten, in ihrem Wesen und Inhalt wie ich sie verstehe, angenähert hatte, sei im folgenden einmal ganz kurz angeschnitten:

Ausdrucksweisen, die das biologische Schockerlebnis, das DHS betreffen:
ich war wie vom Blitz getroffen
es traf mich wie ein Schlag
es ging mir durch Mark und Bein, durch und durch

anhaltende Konfliktaktivität:
darüber bin ich nicht weggekommen
etwas nicht schlucken wollen
mit dem Problem mußte ich mich lange herumschlagen
das treibt mich heute noch um
das bereitet mit heute noch schlaflose Nächte
mit etwas nicht fertig werden

Gehirnebene:
das halt` ich im Kopf nicht aus
mir platzt der Kopf

archaische Brocken Konflikte-z.B. Tonsillen:
sich etwas nicht ein-ver-leiben können
etwas nicht zu fassen kriegen
etwas ver-ein-nahmen wollen

unverdauliche Magen-Darm Konflikte, unverdaulicher Ärger:
jem. konnte etwas nicht verknusen
das hab ich immer noch nicht verdaut
das liegt mir immer noch im Magen

Existenzkonflikt-Nierensammelrohre:
das ging mir an die Nieren

Schreckangst-Konflikte, Kehlkopf-Bezug:
das hat mir die Sprache verschlagen
ich war sprachlos vor Entsetzen
mir blieb vor Schreck die Luft weg
das Wort blieb mir im Halse stecken

Schreckangst-Konflikte mit motorischer Konfliktkomponente:
ich war starr vor Schreck
ich war zur Salzsäule erstarrt
ich war wie gelähmt vor Angst
ich wußte weder aus noch ein
ich saß in der Falle
ich war wie angewurzelt

Sexueller (weibl.) bzw. (männl. sexueller=) Revierkonflikt- die Koronargefäße betreffend:
es bricht einem das Herz
da blutet einem das Herz

Revierärger-Konflikte, Leber-Galle, Magen Bezug
vor Ärger Gift und Galle spucken
jemandem ist eine Laus über die Leber gelaufen (Ärger)
das ist mir auf den Magen geschlagen
grün und gelb vor Ärger werden
sich zu Tode oder krank ärgern

Angst-im-Nacken-Konflikt, Bezug Sehrinde:
ein Problem nicht abschütteln können
das Problem, die Gefahr sitzt mir immer noch im Nacken
der Gedanke daran verfolgt mich immer noch

Selbstwerteinbruch-Konflikte, Bezug Knochen
jemandem das Rückgrat brechen
etwas nicht durchhalten- bzw. stehen können

Stinke-Konflikt, Nasenschleimhaut
mir stinkt's
die Nase voll haben von etwas

Hör-Konflikt, Tinnitus:
seinen Ohren nicht trauen
das klingt mir immer noch in den Ohren

Trennungskonflikte - Bezug Haut, Augen u.a.:
jemanden aus den Augen verlieren
auseinandergerissen werden
der Kontakt riß ab

Dieses Wissen, das eigentlich immer vorhanden war, geriet erst im 20. Jahrhundert bei Medizinern und Wissenschaftlern völlig aus dem Blick, eigentlich höchst verwunderlich nach den teilweise schon erstaunlichen Annäherungen an den Kern der Sache, wie ich ihn verstehe.

Auch wenn man natürlich in den Aussagen früherer Zeiten nur global und größtenteils vage sein konnte und es an einer Systematisierung fehlte, war man dem Problem des Zusammenhangs zwischen Psyche und Krebsentstehung schon näher gerückt als unser 20. Jahrhundert mit seiner Fixierung auf physiologische Vorgänge und Erforschung von Fakten der körperlichen Ebene.

In der Antike waren es die Griechen mit ihren Asklepieien, die eine Kultur der Bewältigung von psychischen Konflikten entwickelt hatten. Die Priester des Asklepios befragten die Ratsuchenden nach ihren Träumen der vorangegangenen Nacht und schlossen daraus auf ihre psychischen Probleme und körperlichen Erkrankungen.

Im 2. Jhdt.n. Chr. stellte der römische Arzt Galenus fest, daß fröhliche Frauen weniger zu Krebserkrankungen neigen, als schwermütige.
Es ist wahrscheinlich, daß viele Völker auf unserer Erde ein ebenso großes, intuitives Wissen über Krankheiten besaßen, z.B, die Indianer Nordamerikas. Es ist uns möglicherweise nur nicht überliefert. Aber auch in den letzten Jahrhunderten gab es schon eine Reihe von Ärzten, die glaubten, daß Krebs von Schicksalschlägen herrühre:

So schrieb der englische Arzt Gendron in seiner 1701 veröffentlichten Abhandlung "Enquiries into nature, knowledge, and cure of cancer", Krebs entstehe durch ein "Mißgeschick, das viel Mühe und Sorge verursacht". In seinen Fallbeispielen nähert er sich dem Zusammenhang von Konflikterlebnisschock und Krebserkrankung schon stark an.

Diese Erkenntnisse kommen bei Dr. W.H. Walshe in seinem 1846 veröffentlichten Buch "The Nature and Treatment of Cancer" noch prononcierter zum Ausdruck. Sogar die Erkenntnis des eigentlichen Auslösers, des Schockerlebnisses (DHS) scheint bei ihm schon anzuklingen, indem er das Moment des Unerwarteten erwähnt: "Über den Einfluß seelischen Schmerzes, **unerwarteter** Schicksalsschläge oder eines schwermütigen Temperaments auf die Übertragung karzinomatöser Substanzen ist schon viel geschrieben worden. Sofern man den systematisch vorgehenden Verfassern glauben darf, bilden jene Erscheinungen die einflußreichste Ursache für Krebs... Es konnten sehr überzeugende Beobachtungen hinsichtlich der Einwirkung des Geistes auf die Entstehung dieses Leidens angestellt werden. Ich selbst habe mit Fällen zu tun gehabt, bei denen der Zusammenhang so offensichtlich war, daß...ihn in Frage zu stellen bedeutet hätte, sich gegen die Einsicht der Vernunft zu sträuben."
Man muß sich ernsthaft fragen, wie es im folgenden möglich sein konnte, diese Erkenntnisse wieder völlig aus dem Bewußtsein der Mediziner zu entfernen, aber dies ist nicht Thema dieser Arbeit.

Systematisch untersuchte die Zusammenhänge im Londoner Cancer Hospital an 250 ambulant und stationär behandelten Patientinnen mit Brust- oder Gebärmutterkrebs H. Snow. 1893 stellte er in seinem Buch "Cancer and the Cancer Process fest, daß von diesen Patientinnen über 200 von psychischen Problemen, Leiden und Wirren berichten konnten, die sie vor ihrer Erkrankung durchlebt hatten.
H. Snow folgert daher am Schluß: "Von allen Ursachen der Krebsentwicklung in jeglicher Form erweisen sich neurotische Agenzien als die mächtigsten; die häufigste unter den vorherrschenden Ursachen ist seelischer Schmerz. Erschöpfung und Entbehrung folgen als nächste. Sie gehören zu den unmittelbar krebserzeugenden Ursachen und haben einen gewichtigen, prädisponierenden Einfluß auf die weitere Entwicklung. Bei Schwachsinnigen und Geistesgestörten treten Krebsfälle bemerkenswert selten auf."

Während des 20. Jahrhunderts verblaßten diese Erkenntnisse immer mehr und man konzentrierte sich auf neue Verfahren in der Chirurgie, Anästhesie, Strahlentherapie etc.
Sonderbar ist, daß man, schon beginnend mit der Psychoanalyse von Freud, offenbar den Sinn für die natürlich empfundenen Schicksalsschläge verloren hat. Niemand konnte oder wollte mehr

diese schon vor Jahrhunderten von klugen Ärzten gemachten Beobachtungen einer ernsthaften Prüfung unterziehen. Es erstaunt, mit welcher "Zielstrebigkeit" man vom Ziel wegstrebte.

Was die **Beziehung von Gehirn und (Krebs)Erkrankungen** angeht, die man schon früher vermutete, so ist zu sagen, daß hier offenbar noch ein weißer Fleck auf der Landkarte besteht.

Allerdings gab es Bereiche im Gehirn, die ich nicht entdeckt habe, sondern die man schon lange kennt, so z.B. den sog. Homunculus. Diesem Homunculus war also das motorische Rindenzentrum, der gyrus praecentralis beider Großhirnhemisphären und das sensorische Rindenzentrum im gyrus postcentralis sowie die Sehrinde eindeutig zuzuordnen. D.h. man wußte zwar bei der Sehrinde nicht genau, welche Stelle der Netzhaut etwa mit welcher Stelle korreliert hätte, aber man wußte immerhin, daß bei einer Störung der Sehfähigkeit der Netzhaut auch die Sehrinde betroffen war. Bei dem motorischen und sensorischen Rindenzentrum jedoch konnte man schon lange bestimmte Organe oder Organinnervationen zuordnen. Man wußte beispielsweise, wo die quergestreifte Muskulatur des rechten Beins oder des rechten Rückens oder des rechten muskulus pectoralis major im Gehirn gesteuert wurde. Ebenso wußte man über die Sensibilität der Haut und ihre Steuerungsrelais im sensorischen Rindenzentrum der beiden Großhirnhemisphären Bescheid.

Leider gingen diese Kenntnisse seltsamerweise wieder verloren, denn die Neurologen suchten die MS unverständlicherweise immer im Marklager, wo sie zwar diese im Hirn-CT oder im MNR dargestellten "Entmarkungsherde" und diese kleinen Plaques oder gliösen Verdichtungen fanden und für die Ursache der sog. MS, der Multiplen Sklerose hielten. Das war natürlich falsch. Richtig ist, daß Patienten, die eine motorische Lähmung haben z.B. durch diese Lähmung wiederum häufig Selbstwerteinbrüche erleiden. Wenn sie sich dann schließlich an ihre Lähmung gewöhnt und ihren Selbstwerteinbruch ebenfalls wieder gelöst oder kompensiert haben, dann findet man diese kleinen gliösen Herde als Reste dieser Knochenrelais im Marklager. Wir können also feststellen, die MS hatte es in dem Sinne, wie wir geglaubt hatten, nie gegeben. Wir sprechen deshalb in der NEUEN MEDIZIN heute nicht mehr von Multipler Sklerose sondern von motorischen oder sensorischen Lähmungen, die wir exakt dem Homunculus im motorischen und sensorischen Rindenzentrum zuordnen können.

Gewußt hatten wir auch z.B. nicht, was eigentlich von dem großen postsensorischen Rindenzentrum unserer Großhirnhemisphären innerviert wird. Ich glaube, daß ich das entdeckt habe, und zwar ist es das Periost, genauer gesagt sind es die sensorischen Nerven, die auf dem Periost liegen, die ursprünglich eingebettet waren in Plattenepithel-Schleimhaut, dann aber, weil sie keine Funktion mehr hatten, überflüssig wurden und wieder zurückgebildet wurden. In der 3. und 4. Lebenswoche des Embryos können wir dieses Plattenepithel noch sehen. Der zugehörige biologische Konflikt (siehe Tabelle) ist ein brutaler Trennungskonflikt.

Wir können also sagen, daß bisher nur ein kleiner Teil des Gehirns und sein Zusammenhang mit den Organen bekannt war.

B. Abgrenzung von der Psychologie:

S. Freud, der Begründer der Psychoanalyse, entwickelte ein umfassendes **theoretisches** System zur Ursache und Behebung psychischer Störungen. Naturgemäß konnte er seine Theorien, wie z.B. die Libido- und Sexualtheorien nicht auf der Gehirn- oder Organebene festmachen, geschweige denn gegenkontrollieren. So mischen sich bei ihm und seinen Schülern weitgehend richtige Beobachtungen (z.B. die über das Unterbewußtsein) mit Halbwahrheiten und völlig falschen Erklärungen. Die Psyche erscheint insgesamt als ein von Körper und Gehirn abgetrenntes Etwas, dessen Eigenschaften durch Ereignisse seit der Säuglingszeit geprägt sind, dem man nun mit komplizierten Theorien beikommen kann.

Die archaischen biologischen Konflikte überschneiden sich jedoch nur in Randgebieten (wie den hängenden Konflikten) mit diesen sich lang aufgebaut habenden psychologischen Konflikten. Die biologischen Konflikte sind von einer völlig anderen Art, so daß hier nur scheinbar von der gleichen Sache gesprochen wird, wenn Psychologen über Psyche oder Konflikte reden.

Für die meisten psychologischen Ansätze gilt:
Man suchte bisher weder nach akuten Konflikten, noch nach so etwas wie einem DHS, genausowenig war die **Art und Weise** mit der ein solcher akut-dramatischer Konflikt-Erlebnisschock einschlug, welche speziellen Empfindungen der Patient in diesem Moment dabei gehabt hatte, bei irgendwelchen wissenschaftlichen Untersuchungen relevant. Man glaubte, Konflikte hätten eine lange Geschichte und Entwicklungszeit, und in der persönlichen Biographie des Patienten suchte man den Grund für die Konflikte und Störungen. Für die biologischen Konflikte gibt es in dem Sinne keine "Vorgeschichte", es mag sie zwar in vielen Fällen im psychologischen Sinn geben, für die Diagnose eines Wasserkonflikts (z.B. durch ein Bootsunglück bei Gewitter) ist die persönliche Vorgeschichte des Patienten vergleichsweise uninteressant bzw. irrelevant. Die psychologische und die biologische Konfliktebene sind völlig verschieden, wenn sie sich auch stellenweise überschneiden können. Man muß sich stets klarmachen, daß biologische Konflikte eben auch die Tiere erleiden können!
In der Psychologie scheiden viele Ereignisse schon von vorneherein als Konflikt aus. Ereignisse, die die Bewertung "Konflikt" im psychologischen Sinne verdienen, sind z.B. der Verlust eines Angehörigen oder die Zerrüttung einer Ehe.
Daß wir mit einem einzigen Wort ("Schwein") einen Krebs bzw. einen biologischen Konflikt erzeugen können, erscheint vielen unwahrscheinlich. Daß der Hamer sagt, es komme darauf an, daß die Konflikte uns akut-dramatisch, unvorbereitet, unerwartet, auf dem falschen Fuß erwischen müssen, wurde bisher nur mitleidig belächelt.

Ich habe, wie schon erwähnt, eine Patientin erlebt, die vier allernächste Angehörige verloren hat in kurzer Zeit und dabei keinen einzigen biologischen Konflikt erlitt, weil sie bei jedem dieser Angehörigen, Vater, Mutter, Bruder und Onkel vorher gewußt hatte, daß jeder einzelne der Angehörigen keine Chance zum Überleben hätte. Als aber der Onkel, der der Patientin eine wunderhübsche Truhe zu vererben versprochen hatte, aber in seinem Testament der Schwester der Patientin diese Truhe vererbt hatte, da rastete diese Patientin völlig aus und erlitt ein DHS mit einem biologischen Konflikt, denn da wurde sie auf dem

falschen Fuß erwischt. Sie erkrankte an einem Pankreas-Karzinom. Diesen Fall habe ich schon anfangs erwähnt und muß ihn nochmals kurz anführen, weil er so erhellend ist.

Zusammenhänge für **den** Krebs konnte von der Sache her im Grunde niemand erkennen, da man nicht zwischen der konfliktaktiven Streß-Phase mit ihren eigenen Symptomen und der konfliktgelösten vagotonen Phase unterschied. Die psychischen "Werte" sind ja ebenfalls für beide Phasen völlig verschieden! Das Kriterium der Zellvermehrung bei Krebs, also z.B. gleichermaßen bei Darmkrebs, Ovarialtumoren (Zysten) oder Osteosarkom führte dazu, daß man eben völlig verschiedene Krankheitsphasen und Erscheinungsformen auf einen gemeinsamen Nenner untersuchte, den es nicht geben konnte, aus Unkenntnis des ontogenetischen Systems der Tumoren. Auch unterschied man - psychologisch gesehen - nicht zwischen primären und Folgeerkrankungen oder gar abgeheilten, alten Karzinomen, die nur durch Zufall entdeckt worden waren. So sind viele Ergebnisse solcher Untersuchungen in sich sinnlos.

Es kommt noch etwas ganz wichtiges hinzu: Nach unserem heutigen Verständnis der NEUEN MEDIZIN **darf** der Patient ja gar nicht nur einfach allgemein psychotherapiert werden, denn er muß ja sein ureigenstes biologisches Problem biologisch-real lösen. Die zusätzliche "Power", die ein Patient mit einem aktiven biologischen Konflikt durch die sympathicotone Stress-Innervation erhält, ist von der Natur unmittelbar dazu gedacht, dem Individuum einen zusätzlichen Schub an Energie zu verleihen, die es zum Angehen einer Konfliktlösung benötigt. Daher sind praktisch alle psychologischen Therapieformen, wenn sie am Kern der Sache vorbeigehen und diesen Mechanismus nicht verstehen und gar in ihn einzugreifen versuchen, um ihn abzublocken oder abzustoppen, primär fehl am Platze. Daß hier Vorsicht geboten ist, möchte ich im weiteren erklären:

Wir müssen erst ganz genau eruieren, wann und wie genau das DHS gewesen ist, in welcher Phase welches Konfliktes wir uns genau befinden, um mit dem Patienten zusammen das zu machen, was ich eine individuelle, spezifische und dem Verlauf angepaßte biologische Therapie nenne. Psychologen sind einer solchen biologischen Psycho-und Organ-Kriminalistik nicht gewachsen, mangels medizinisch-biologischen backgrounds. Dieses Manko auf Seiten vieler Psychologen kann für den Patienten im Extremfall sogar tödlich enden: Wenn nämlich in unwissenden Eifer plötzlich alle Konflikte ohne Berücksichtigung ihrer Dauer gelöst werden sollen. Sehr schnell ist da die körperliche und Gehirnebene außer Acht gelassen, auf der sich möglicherweise Gefährliches tun kann. Wird z.B. ein Revierkonflikt, der über viele Monate ging, von einem gutmeinenden Psychologen durch eine Therapie gelöst, so haben wir ja nach einiger Zeit auf dem Höhepunkt der Heilungsphase die epileptoide Krise in Form des Herzinfarktes zu gewärtigen. Dieser kommt natürlich für alle Beteiligten in diesem Falle völlig überraschend und endet nicht selten tödlich, wie ich es schon einige Male erlebt habe. Gleiches gilt natürlich für andere langgedauerte Konflikte, die plötzlich durch Therapien unwissentlich in die Lösung gebracht werden und starke Hirnsymptomatik machen können, wie Kopfschmerzen, Hirndruck durch das Lösungsoedem etc.

Es gibt viele langgedauerte Konflikte, die **unter keinen Umständen gelöst werden dürfen**, da der Patient die Heilungsphase nicht überleben würde. In der Konfliktaktivität belassen, kann er dagegen ein relativ normales Leben führen, abgesehen davon,

daß er meist spindeldürr ist und in ständiger Gefahr einer schizophrenen Konstellation lebt (bei den Großhirnkonflikten).

Zugegeben, man hätte die NEUE MEDIZIN von vielen Seiten aus entdecken können, z.B. von der embryologischen Seite der Keimblattbesonderheit der einzelnen Organgruppen oder man hätte die NEUE MEDIZIN von der Histologie her entdecken können, wenn einmal jemandem aufgefallen wäre, daß da ein System drin enthalten ist, wenn man die zusammengehörigen Organgruppen vergleicht. Man hätte es vielleicht auch von der Verhaltensforschung her entdecken können oder von der Lokalisation der Relais im Gehirn, die für Organgruppen zuständig sind, so wie wir das ja bereits vom Homunkulus kannten.

Durch den Tod meines Sohnes Dirk und meiner eigenen Erkrankung an Krebs habe ich nun zufällig bei den akuten Konflikt-Folgen angesetzt, für einen praktischen Kliniker mit Leib und Seele, der ich immer war, vielleicht der naheliegendste Weg. Die Konfrontation mehr mit den Psychologen, weniger mit den Psychosomatikern, erfolgte daher mit Zwangsläufigkeit.

Ich erinnere mich noch an den Radiologen in unserer Klinik in Oberaudorf, der einige Semester Psychologie studiert hatte. Als ich ein Referat vor meinen damaligen Kollegen hielt und diesen klarzumachen versuchte, daß solche akut-dramatischen Konfliktschocks nach meiner Beobachtung den Krebs ausgelöst hätten, da stöhnte er: "Das ist alles nonstop Nonsense, das gibt es ja in der Psychologie gar nicht." Glücklicherweise hatte ich einige Jahre neurologischer und psychiatrischer klinischer Erfahrung hinter mir, so ließ mich das völlig kalt. Nicht die Realität hat sich nach psychologischen Theorien zu richten, sondern umgekehrt: Sofern die Medizin den Anspruch erhebt, biologisch-naturwissenschaftlich ernstgenommen zu werden, ist das Experiment die Basis aller weiteren Überlegungen. Insofern krankt unsere Psychologie an den rein theoretischen Konstruktionen, die leider den Nachteil haben, daß sie der Wirklichkeit nicht entsprechen.

Überhaupt krankt die Psychologie natürlich daran, was in dem neuen Psychotherapeutengesetz noch festgeschrieben werden soll, daß ihr nicht nur die medizinischen Kenntnisse fehlen, sondern auch die medizinische Praxis.

Die Mediziner verstehen sich parallel hierzu immer mehr, wie es ja das neue Psychotherapeutengesetz zementieren wird, als Organ-Mediziner. Die Psyche wollen sie den Psychologen überlassen. Wie wir bisher gesehen haben, kann man das Individuum jedoch nicht in Einzelteile zerlegen.

E. Evans, 1926 und LeShan versuchten mit Hilfe der Ergründung der persönlichen Entwicklung den Krebspatienten zu therapieren. Bei diesen Versuchen des "Verstehens der Fehlentwicklung des Patienten" (Mars, Fritz Zorn 1977) kommt es natürlich zu abenteuerlichen Spekulationen seitens der Therapeuten, da sie einen Patienten mit sog. "malignem Lymphom" therapieren wollten, den sie aber mit ihrer Therapie nur wieder krank gemacht haben, während das sog. maligne Lymphom eigentlich eine sehr benigne Lymphknotenschwellung in der Heilungsphase ist. Man sieht, Mediziner und Psychoanalytiker bzw. Psychologen arbeiten reichlich unbekümmert aneinander vorbei, wobei der Psychologe die Diagnosen der Mediziner stets für bare Münze nimmt und dem Patienten weiterverkauft.

Man vermutete hypothetisch (Engel 1954, Grinker 1966, Bahnson 1966,1969,1979, Baltrusch 1975, Schmale 1977, Fox 1978), daß

die Krebserkrankung aus den prämorbiden psychosozialen Einflüssen und der Persönlichkeit des Krebskranken zu verstehen sei.

Engel (1961) untersuchte den Einfluß von Verlust und Trauer auf Krebs, wobei er als Verlust den Verlust eines wertvollen Objektes, also einer nahen Bezugsperson, eines geschätzten Besitzes, der Arbeitsstelle, des Heimes, des Vaterlandes, eines Ideals oder eines Körperteils etc. definiert.

Solche Untersuchungen sind typisch psychologisch und haben mit biologischen Konflikten nur sehr wenig zu tun. Im biologischen Bereich kann man einen Verlustkonflikt nur um einen Menschen oder Artgenossen erleiden. Aber auch hier kommt es natürlich darauf an, ob der Verlust eines Angehörigen in der Sekunde des DHS als Verlustkonflikt empfunden wird. Er könnte auch als Revierkonflikt empfunden werden (Hoferbe) oder gar nicht als biologischer Konflikt empfunden werden, wenn man mit dem Tod rechnen konnte. Oder wenn der Verlust im Streit geschieht, dann kann bei einer Frau statt eines Eierstock-Karzinoms ein Brustkrebs entstehen. Wird der Verlust als Trennungskonflikt empfunden, dann finden wir wie bei einem biologischen Konflikt mit DHS eine sensorische Lähmung oder (je nachdem ob Kind oder Mutter oder Partner) in der linken oder rechten Brust ein duktales Ulcus Ca, bei dem man in der Ca-Phase zunächst gar nichts bemerkt. Die Seite richtet sich danach, ob es eine linkshändige oder rechtshändige Patientin ist. Betrifft der Verlust ein Heim, bzw. ein eigenes Haus, so kann es sich beim biologischen Konflikt um einen Revierkonflikt handeln, aber auch um einen Flüchtlingskonflikt mit Nierensammmelrohr-Ca in der ca-Phase. Verliert der Patient mit seinem Haus auch sein Vermögen, dann kann er einen biologischen Verhungerungskonflikt erleiden, immer nur mit DHS, versteht sich.

Man sieht, uns trennen Welten! Auch für das Tier, für das ja die vier biologischen Gesetzmäßigkeiten in analoger Weise Anwendung finden müssen, ist eben der "Verlust eines Brockens" etwas völlig anderes als der Verlust eines nahen Artgenossen.

Auch die Untersuchungen psychologischer Art, ob Trauer eine Krankheit ist (Engel 1977) und ob sie bei mangelnder Trauerarbeit in "Hilf- und Hoffnungslosigkeit" ausmünden kann, sind psychologische Fragestellungen rein theoretischer, spekulativer, Art, die mit der biologischen Wirklichkeit nichts zu tun haben.

Eine normale Trauer beim Tode eines nahen Angehörigen ohne DHS ist natürlich keine Krankheit, sondern ein sehr normaler Vorgang. War es aber zu einem DHS gekommen mit einem Revierkonflikt im hormonalen Patt, dann hat der Patient/Patientin einen Revierkonflikt mit einer echten Depression. Das gleiche Symptom kann eine junge linkshändige Patientin erleiden bei einem DHS mit sexuellem Konfliktinhalt. Hilf- und Hoffnungslosigkeit sind schon weitgehend weltanschauliche Begriffe, die biologisch nicht relevant sind, obwohl man sie natürlich in verschiedenem Ausmaß bei einer Depression hineininterpretieren kann.

Ich will sagen: All diese psychologischen Untersuchungen und ihre scheinbaren oder wirklichen Ergebnisse sind im biologischen Sinne nicht relevant.

Ein weiteres Beispiel mag in diesem Zusammenhang noch interessant sein: Green (1954, 1956, 1958, 1966) untersuchte 132 Patienten mit Leukämie und Lymphknotenschwellungen. Er glaubte, gefunden zu haben, daß diese Erkrankungen auftraten zum Zeitpunkt, in dem sich der Patient mit einer Vielzahl von Verlusten und Trennungen auseinandersetzen mußte und in der Folge von

Angst, Wut und Hoffnungslosigkeit gefangen war. Nun ist die Leukämie nach der NEUEN MEDIZIN nachweisbar die pcl-Phase eines biologischen Selbstwerteinbruch-Konfliktes, ebenso das Lymphom, bzw. auf organischer Ebene von Knochenosteolysen und Lymphknotennekrosen, die voraufgegangen waren. In dieser pcl-Phase hat der Patient zwar oft starke Knochenhautschmerzen, die der Psychologe vielleicht als "Wut" interpretiert, fühlt sich ansonsten schlapp und müde, was der Psychologe vielleicht mit Hoffnungslosigkeit interpretiert, aber sonst fühlt er sich sehr wohl, hat guten Appetit, schläft viel, solange er nicht in Panik gebracht wird, die der Psychologe dann als "Angst" interpretiert. Der Psychologe vermag als medizinischer Laie natürlich nicht zwischen Vagotonie und Hoffnungslosigkeit zu unterscheiden. Allerdings muß man ihm zugute halten, daß die untersuchten Patienten natürlich alle in der Mühle der Chemotherapie steckten und dann wieder alle Panikmomente hinzukommen, als auch die Vergiftungssymptomatik durch die Zytostatika.

Eine der bekanntesten epidemiologischen Studien beinhaltet, daß Japan die niedrigste Brustkrebsrate der großen Industriestaaten hat. Wandern die Japanerinnen aber in die USA aus, erleiden sie viermal soviel Brustkrebs, dafür aber viel weniger Magenkrebs. Früher wurde argumentiert, das hätte rassische Gründe oder käme von der Ernährung. Das glaubt heute keiner mehr.

Auch die unspezifische Stressforschung im Zusammenhang mit Krebserkrankung verwechselt zumeist Ursache und Wirkung, da ja alle Krebspatienten in der Ca-Phase Stress (Dauerstress) haben.

Zum Schluß möchte ich die Unterschiede zwischen NEUER MEDIZIN und einem psychologischen Ansatz des Krebsverständnisses am Beispiel von L. LeShan, Stuttgart 1993, kurz darlegen.

Der Autor ist Psychotherapeut. Anhand von Tests und Interviews mit ca. 500 aufgegebenen Krebspatienten kommt er zu dem Schluß, daß alle Krebspatienten über bestimmte Persönlichkeitsfaktoren verfügen, welche die Entstehung der Erkrankung fördern. Das heißt nach dem Verständnis der NEUEN MEDIZIN, daß hier mit Sicherheit Verzerrungen auftreten, weil die befragten Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit eine Fülle von Anschlußkonflikten und Anschlußkarzinomen erlitten haben.

Das Ziel LeShans ist es, unter den Krebspatienten eine bestimmte "Krebspersönlichkeit" auszumachen, womit er sicherlich zu weit geht, da die Persönlichkeit der meisten Krebspatienten eher Gemeinsamkeiten aufweist, die erst im Verlauf der Therapie und Prognose und nicht schon im Vorfeld der Erkrankung bestanden.

"Der von Krebs befallene Mensch hat eine psychologische Gerichtetheit, die das Erkranken wahrscheinlicher macht und ihm auch das Kämpfen um das eigene Leben erschwert, wenn er erst einmal einen bösartigen Tumor entwickelt hat." (S.13)

Aus den angeführten Patienten, die nach einer Therapie bei ihm überlebten, können wir entnehmen, daß es sich dabei fast immer bezeichnenderweise um Patienten mit Lymphdrüsenkrebs, Hodgkin und Hirntumoren handelt, also nach der NEUEN MEDIZIN um Patienten in der pcl-Phase.

Typisch psychologisch wirkt auch die folgende Schlußfolgerung: Auf die eher makabre Frage "Was wollen Sie selbst wirklich mit Ihrem Leben anfangen?", starrten ihn viele Krebspatienten erstaunt und verständnislos an. Hieraus schloß LeShan bei

den Patienten auf eine Unfähigkeit, die eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle aggressiv zu vertreten. Man muß vermuten, daß es sich hier um eher sekundäre Phänomene handelt - ich selbst konnte mit meinen Untersuchungen solche eine Hoffnungslosigkeit, mangelnden Glauben an sich selbst etc. im Leben des Patienten vor seiner Erkrankungen noch nie feststellen. Ich halte es für einen verhängnisvollen Ansatz, von einer Krebspersönlichkeit zu sprechen. Das manchmal ähnliche Erscheinungsbild wird natürlich durch die Sympathicotonie bzw. Vagotonie hervorgerufen die ja ganz stark auch in das psychische Erscheinungsbild des Patienten eingreift.

LeShan hat sicherlich das Bewußtsein für das Vorhandensein psychischer Ursachen des Krebs sensibilisiert. Jedoch gelangte er nicht zum Kern der Sache, da er z.T. völlig unterschiedliche Konflikte gar nicht in ihrer Verschiedenheit wahrnahm und die Ursache nur in der sehr weit gefaßten Vorgeschichte und persönlichen Entwicklung des Patienten suchte. Überflüssig zu erwähnen, daß er sich nicht für organische und cerebrale Vorgänge interessierte.

C. Abgrenzung von der Psychosomatik:

Mein Gießener Professor Thure von Üxküll, bei dem ich Assistenzarzt war, hat ein sehr dickes Standardwerk über Psychosomatik geschrieben. Dort wird das Problem Sympathicotonie und Vagotonie in ganz wenigen Zeilen abgehandelt. Es heißt dort, bei solcher Störung spreche man von "vegetativer Dystonie". Die Psychosomatik hat sicher das Richtige gewollt, hat auch in vielen Ansatzpunkten richtige Vermutungen gehabt. Es hieße auch den vielen Autoren Unrecht tun, wollte man nicht ihre großen Verdienste um die Suche nach den Verbindungen zwischen Psyche und Organen würdigen. Nur richtig arbeiten konnte man damit nicht, weil eindeutige und handfeste Verbindungen - wie sie die NEUE MEDIZIN gesetzmäßig aufzeigt - nie beschrieben wurden.

Vom ganzen Ansatz her befaßt sich die Psychosomatik nur mit solchen Krankheiten, bei denen ein angeblich chronisch gewordener Konflikt über das vegetative Nervensystem - zu somatischen Veränderungen an Organen führt. Um diese angeblich zu einer bestimmten Krankheit führenden chronischen Konflikte zu eruieren, bedient sie sich normalerweise der Methode der Psychoanalyse. Es ist daher kein Wunder, das man bisher vergebens versuchte, einzelne Störungen mit bestimmten Konfliktkonstellationen in Verbindung zu bringen. **Zugegegebenerweise fand sie bisher keine einheitlichen Regeln für die Organwahl.**
So wird typischerweise ein Asthmaanfall als Tränenausbruch gedeutet, Bluthochdruck einem zurückgehaltenen Wutausbruch gleichgesetzt, Magengeschwüre einem ständigen Konflikt zwischen Agressions- und Fluchttendenzen.
Diese Beispiel mögen zeigen, wie weit die Psychosomatik von der NEUEN MEDIZIN entfernt ist.

Das kam u.a.leider daher, daß die Psychosomatiker zu sehr in das Fahrwasser der Psychologen abgedriftet sind, statt sich auf den festeren Grund der Biologie und der Verhaltens- und Primatenforschung zu stellen. Man diskutierte endlos über Stresspotentiale oder über Stressforschung, ohne zu merken, daß der Stress nur eine Folge des DHS war, ein Symptom der ca-Phase. In den gängigen Büchern über Psychosomatik (Bräutigam, Christian, vom Rad) ist nicht einmal der Ausdruck Sympathicotonie erwähnt. Vielleicht war ich für die vage Psychosomatik immer zu sehr Na-

turwissenschaftler. Ich bin der Meinung, daß die Psychosomatik neben der Neuen MEDIZIN keinen Platz mehr haben wird, sondern daß sie von der NEUEN MEDIZIN mit harten, biologischen Gestzmäßigkeiten aufgefüllt und vereinnahmt wird.

Grossart-Maticek (Krankheit als Biographie, 1979) beklagt sich über die psychosomatischen Krebsforscher: "Die Wissenschaftler konnten bis heute keine Methode entwickeln, in der sie zwischen psychosozialen Konflikten vor der Erkrankung und den psychosozialen Veränderungen nach der Erkrankung unterscheiden konnten. Dies ist in den einzelnen durchgeführten Studien auch nicht möglich, da ein Forschungsprogramm fehlt."

Grossart-Maticek sieht hier eine Seite richtig, daß man nach der Diagnose schwer unterscheiden könne, was denn nun vorher schon gewesen sei und was der Keulenschlag der Diagnose noch zusätzlich ausgelöst hat. Eins übersieht er natürlich, da man ja damals die biologischen Gesetzmäßigkeiten der NEUEN MEDIZIN noch nicht kannte: Der Patient ist ja entweder in einer konfliktaktiven Dauersympaticotonie quasi physiologischer Art, um seinen biologischen Konflikt zu lösen, oder er ist in einer dauervagotonen Heilungsphase, weil er seinen Organismus wieder regenerieren muß. Beides könnte man nur biologisch verstehen - weder psychologisch noch psychosomatisch.

D. Abgrenzung von der Psycho-Onkologie:

Vorbemerkung:
Es fällt mir schwer, nach geistigen Vordenkern zu suchen, sei es auch nur in gewissen Hinsichten. Man verübelte mir, daß ich Autoren nicht zitierte, die mal etwas über die vermuteten Zusammenhänge von Krebs und Psyche gesagt hatten.

Jede Erfindung und Entdeckung baut auf bekannten Fakten auf, insofern ist sie in einer Entwicklungsreihe der vorangegangenen Wissenschaft zu sehen. Aber die Verknüpfung dieser Fakten so, daß nunmehr alle Fakten, die man bisher nicht ordnen, sondern nur sammeln konnte, in einer totalen, für jeden beliebigen Fall reproduzierbaren Synopse zusammengefaßt sind, ist neu.

1981 war in keinem Tumorstandardwerk der Begriff "Psyche" überhaupt nur im Stichwortverzeichnis zu finden. Weil man vorwiegend nach dem "Krebserreger" suchte und glaubte, schon eine Reihe von Kanzerogenen gefunden zu haben, war die Möglichkeit der psychogenen Entstehung von Krebs wieder völlig in Vergessenheit geraten. Z.T. galt es als schlicht unseriös, überhaupt solche Entstehungsmöglichkeiten auf Kongressen oder dergl. vorzutragen, man erntete nur Ironie und abschätziges Gelächter. Dafür erfreuten sich z.B. biologisch-mechanistisch-tumorale Entstehungstheorien, wie das sog. paraneoplastische Syndrom größter Beliebtheit, mit dem man in vielen Fällen schon Jahre vorher eine Krebsmanifestation finden zu können glaubte.

Damals mußte ich mich verpflichten, den Namen der Klinik, an der ich meine ersten systematischen Untersuchungen vorgenommen hatte und die einer Universität angeschlossen war, nicht zu erwähnen, weil schon jedwedes Ergebnis, zu dem ich gelangen konnte, im vorhinein als unseriös galt.

Ende 1981, nach Veröffentlichung meiner Ergebnisse, erschien ein kleines Buch: Meerwein/Adler: "Einführung in die Psycho-Onkologie". Was die psychogene Entstehung von Krebs anbelangt, so war in der 1. Auflage zu lesen: "Die Idee, den Krebs als regressiven Regenerationsversuch auf biologischer Ebene bei Er-

schöpfung bzw. Blockierung der psychischen Ausdrucksmöglichkeit zu verstehen, ist einseitig und zeugt von mangelndem Verständnis für die biologische Komplexität des Problems." In der zweiten Auflage liest sich das dann schon so: "Die Idee, den Krebs als regressiven Regenerationsversuch auf biologischer Ebene bei Erschöpfung bzw. Blockierung der psychischen Ausdrucksmöglichkeit zu verstehen, ist zwar **faszinierend**, aber wir glauben, daß die gegenwärtigen Kenntnisse in der Psycho-Onkologie keine umfassende Erklärung erlaubt."

Mit Psycho-Onkologie hat die NEUE MEDIZIN überhaupt nichts zu tun. (Man bedenke die Notwendigkeit der Psycho-Ophtalmologie, Psycho-Orthopädie, Psycho-Gynäkologie etc. pp.)

Die NEUE MEDIZIN ist ein auf 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten basierendes System für die gesamte Medizin, keinesfalls eine psychologische Hypothesen-Theorie für den Krebs.

Die sog. Psycho-Onkologie zweifelte die gängigen Krebsbehandlungsschemata der bisherigen Schulmedizin nie an.

Interessant ist in diesem Fall, die Studie von Ulrich Abel aus Heidelberg, Leiter der Abt. f.onkologische Statistik "Die zytostatische Chemotherapie fortgeschrittener epithelialer Tumoren" (1990). Er schreibt in der Zusammenfassung über sog. epitheliale Tumoren, zu denen er alle rechnet mit Ausnahme von Lymphomen, Leukämien, Sarkomen und Keimzelltumoren: "Es gibt, abgesehen vom Bronchialkarzinom (vor allem dem kleinzelligen), keine direkte Evidenz dafür, daß Chemotherapie bei diesen Patienten das Leben verlängert." Im Vorwort schreibt er dazu: "So niederschmetternd das Ergebnis dieser Arbeit auch sein mag, es ist das eindeutige Resultat des Unterfangens, das relevante Schrifttum möglichst vorurteilsfrei und umfassend auszuwerten...Und auch die Vorwürfe, die die Schulmedizin, sicherlich meistens zu Recht, den "Außenseitern" der Medizin macht, daß sie nämlich außerstande seien, ihre Erfolgsbehauptung wissenschaftlich zu untermauern, fallen auf sie selbst zurück. Ein Umdenken in Krebstherapie und Krebsforschung erscheint nicht nur aus wissenschaftliche Gründen, sondern vor allem im Interesse der Patienten dringend erforderlich."

Zum Schluß möchte ich noch ganz kurz auf einen der ersten Vertreter der sog. Psycho-Onkologie eingehen: O.C.Simonton: Getting well again, 1978; (Dt. Ausgabe: O. Carl Simonton, Stephanie Matthews Simonton, James Creighton, "Wieder gesund werden", 1993).

Simonton ist Radiologe und Spezialist f. Strahlentherapie, er will ausdrücklich **"die herkömmliche medizinische Behandlung nicht ersetzen, sondern ergänzen"**.

Er geht aus vom Lebenswillen des Patienten dessen Stärke der Überlebensrate angeblich direkt proportional sei und daran gemessen wird, wie sehr die Anweisungen des Arztes befolgt werden (gehorsamer Pat.!). Er setzt die Technik der Motivationspsychologie ein, die den Lebenswillen stärken soll, sowie als Technik der Biofeedback-Methode die Visualisierung, was so aussieht: "Beim Krebspatienten bedeutet dies: Er soll versuchen, sich die Krebswucherung und ihre Zerstörung durch die Behandlung, vor allem aber die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers im Kampf gegen den Krebs bildlich vorzustellen." Die Visualisierung wird also letzten Endes als Begleittherapie der Strahlentherapie etc. angesehen, insgesamt muß sich der Patient sehr martialische Vorstellungen von den Vorgängen in seinem Körper machen. (Vorstellung einer **Schlacht**), (vgl. S. 13 ff.)

Solche Vorstellungen sind leider typisch und bringen den Patienten von der Einsicht in die Zusammenhänge seiner Erkrankung immer weiter weg. Wenn der Konflikt nicht beendet wird, helfen auch keine noch so kriegerischen Visualisierungen einer Abwehrschlacht gegen böse Krebszellen.

Positiv bei Simonton ist zumindest, daß er sich überhaupt für psychische Probleme seiner Patienten interessiert, die in den neusten Auflagen seines Buches (sic!) sogar 6-18 Monate vor Ausbruch der Krebserkrankung angesiedelt sind!

So ist es auch verdienstvoll, daß er betont, daß alle statistischen Erhebungen über das Krebsphänomen daran kranken, daß "die Psychologen keine physiologischen Daten haben und die Mediziner keine psychologischen Daten in ihren Untersuchungen haben"!

Aus Sicht der NEUEN MEDIZIN besteht bei Simonton ebenfalls das Manko, daß er, wie LeShan auch, die cerebrale Ebene des Krebsgeschehens außen vor läßt und sich selbstverständlich mit anderen Erkrankungen im Zusammenhang mit psychischen Einflußfaktoren nicht beschäftigt.

Kapitel XVI

Die biologische Einheit zwischen Mensch, Tier und Pflanze. Der in sich ruhende Kosmos. Schlußbetrachtung

Es ist das Prinzip der Naturwissenschaften und so auch der Biologie, zunächst handfeste, gesicherte Fakten zu sammeln und reproduzierbare Verknüpfungen dieser Fakten zu suchen.

Dabei stößt sie auf das Phänomen, daß Menschen, Tiere oder Organismen ganz allgemein in besonderen Einheiten organisiert und aufeinander eingestellt sind, man könnte auch sagen **vernetzt** sind. Die wird besonders deutlich (bei Mensch wie Tier) im Verhältnis von Mutter zum Kind oder Kind zur Mutter.

Im folgenden verstehe ich diese Art der "Vernetzung" besonders als Vernetzung von Programmen unseres Gehirns mit den Gehirn-Programmen anderer Tiere aber auch deren Verknüpfung mit Fakten und Verhaltensweisen untergeordneter Organismen.

Wir sehen z.B. daß der Mensch mit den Mikroben ein bestimmtes symbiontisches Verhältnis hat, was z.T. schon für die Colibakterien bekannt war. Für die anderen Bakterien haben wir das bisher leider insofern nicht erkannt, als wir diese Mikroben alle als unsere Feinde betrachtet hatten.

Nehmen wir z.B. einmal dieses Verhältnis und versuchen wir dann dieses in das Verhältnis Mutter-Kind einzuordnen. Da sehen wir dann z.B., daß die Mutter dem Kind Masernantikörper liefert, damit es während der Stillzeit nicht Masern bekommt, sondern erst nach der Stillzeit, die normalerweise drei bis vier Jahre dauern würde. Wir sehen auch, daß die Mutter dem Kind Tuberkelbakterien, also säurefeste Stäbchen in der Milch mitgibt, die dem Säugling überhaupt nicht schaden, sondern die als notwendiges Werkzeug für später im Organismus des Säuglings deponiert werden.

Nun haben uns die Tier-Verhaltensforscher, nachdem wir Verhaltensforscher der Menschen das fast alles wieder vergessen hatten, uns wieder deutlich vor Augen geführt, daß bestimmte Verhaltensweisen bei den Tieren teils angeboren sind, teils erworben werden, jedenfalls als notwendige Ausrüstung jeder Tierpopulation notwendig sind.

Dies war bei uns Menschen eigentlich auch einmal so und ist im Grunde, von den biologischen Konflikten her besehen, immer noch so, nur daß wir diese biologischen Konflikte jetzt quasi kultiviert, man könnte fast sagen paranoid erleben. Ein Paket Aktien etwa empfinden wir jetzt als Brocken und erleiden einen biologischen Konflikt, wenn wir ihn verlieren. In natürlichem Kontext wäre diese Bündel Papier natürlich völlig wertlos.

Als wir noch im Einverständnis und im Einklang mit der Natur lebten, regelte sich auch unser Verhältnis zu den Tieren auf ganz natürliche Art und Weise.

Für unsere Verwandten, die Affen, sind kleine Tiere durchaus Beutetiere, worauf ja noch die bei Affen vorhandenen Fangzähne hindeuten, gleichzeitig sind die Affen aber auch für andere Tiere, wie Tiger und Löwe durchaus Beutetiere. Für den Menschen war das auch einmal so und die entsprechenden Tiere, mit denen er ursprünglich zu tun hatte, waren mit in seinen Computer

Gehirn eingespeichert. Wir sehen das z.B. heute noch, wenn ein Embryo an dem bereits erwähnten sog. Kreissägensyndrom erkrankt: Der Embryo, der ja den Lärm einer Kreissäge nicht unbedingt vom Gebrüll eines Löwen unterscheiden kann, erleidet totale Panik, wenn die Mutter an einer Kreissäge vorbeigeht, die vielleicht gerade einen Ast schneidet. Der Embryo im Mutterleib hat das Bedürfnis sofort wegzulaufen, auch wenn er eigentlich in dem Sinne noch nicht laufen kann, aber auf der Entwicklungsstufe, auf der sich gerade befindet, konnte er sich in der phylogenetischen Entwicklung stets fortbewegen. Oder der Embryo leidet den Konflikt der Trennungsangst, weil er wohl das Gefühl hat, durch eine unmittelbar bevorstehende Katastrophe weitab von seiner Familie geraten zu können.

Das Kreissägensyndrom ist heute noch auf dem Lande die häufigste Ursache für motorische und sensorische Lähmungen, die man dann bei der Geburt sieht. Dies kleine Beispiel mag genügen um zu zeigen, wie eng wir seit Millionen von Jahren mit dieser Mit-Kreaturen, den Tieren, verbunden sind, daß die Tiere weitgehend in unseren Computer Gehirn miteinprogrammiert sind.

Läßt man eine Taube fliegen, die niemals einen Falken gesehen hat, weil sie immer im Taubenverschlag gewesen ist, läßt sie sich sofort dem Boden entgegenfallen, wenn sie plötzlich einen Schatten unter sich entdeckt. Wir würden das Instinkt nennen. Der Falke ist quasi bei der Taube im Gehirn gleich mit einprogrammiert, und ohne daß sie es je gelernt hat, macht sie instinktiv sofort das Richtige. Im Grunde machen fast alle Tierpopulationen instinktiv das Richtige, weil sowohl ihre Beutetiere als auch ihre Jäger in ihrem Gehirn schon einprogrammiert sind.

Wenn z.B. die Eule spürt, daß es im Frühjahr wenig Mäuse geben wird, dann legt sie einfach weniger Eier, damit die Mäuse nicht so dezimiert werden, daß sie selbst Hungers stirbt.

Alle diese Dinge sind in unserem Gehirn wunderbar vorprogrammiert und unsere Gehirne mit den Gehirnen unserer Mitkreaturen Tiere ebenfalls vernetzt.

Das gleiche ist der Fall zwischen Tieren und Pflanzen. Wir nennen diese Zusammenhänge biologisches Gleichgewicht, das wunderbar Millionen von Jahren bestanden hat, bis der Mensch in seiner Hybris kam und es zerstörte.

Der Mensch ist eigentlich von allen Lebewesen auf der Erde das einzige, was aus dem Ruder gelaufen ist und diese wunderbare Schöpfung zerstört hat. Da fallen einem die Schiller'schen Verse ein:

"Gefährlich ist's den Leu zu wecken
verderblich ist des Tigers Zahn
doch das schrecklichste der Schrecken
das ist der Mensch in seinem Wahn"

Dieses Kapitel hat aber nicht die Intention, eine allgemeine biologische Weltverdrossenheit kundzutun, sondern der Sinn ist quasi nach dem verlorenen Paradies zu suchen, bei dem wir zwar auch nicht unsterblich werden, das uns jedoch die Harmonie mit der uns umgebenden Kreatur ermöglichen würde.

Die Harmonie besteht darin, daß unser Gehirn wieder auf das reagieren kann, worauf es eigentlich seit Millionen von Jahren eingestellt ist.

Die Dinge der Zivilisation, die wir für einen gewaltigen

Fortschritt halten, würden mindestens eine Million Jahre benötigen, bis sie in unserem Gehirn berücksichtigt werden könnten. In dieser Million Jahre wären das schon "alte Kamellen" und unser Computer käme mit unseren Erfindungen nicht mehr mit. Es hat keinen Zweck, das als Manko unseres Gehirns anzusehen, sondern wir müssen uns fragen, ob nicht die Erfindungen uns vielleicht unangemessen sind, d.h. nicht in unseren Gehirncode einzubauen sind.

Welche Konsequenzen wir dann als Einzelner, als Familie, als Sippe, Dorf, Stadt oder als Menschheit daraus ziehen wollen oder müssen, ist noch eine ganz andere Frage. Sicher ist, daß wir zunächst überhaupt einmal diese Dinge zur Debatte stellen müssen und mit unseren Erkenntnissen aus der NEUEN MEDIZIN samt dem Kontext der Verhaltensforschung bei Tier und Pflanze, samt dem Kontext der entwicklungsgeschichtlichen Fakten, wieder zu einem lebbaren biologischen Miteinander zusammenfügen müssen.

So schlimm, wie die Welt z.Z. in Unordnung geraten ist, ist sie sicherlich seit vielen Millionen Jahren noch nicht in Unordnung gewesen. Es macht nichts, wenn Menschen, die solche Gedanken äußern, zunächst als rückständige Antizivilisationsträumer verlacht werden. Die gesamte ökologische Bewegung, die auch hierher gehört, wurde ja zunächst auch verlacht, bis man endlich merkte, welch hoher Stellenwert ihr gebührt.

Im Bereich der Medizin kommt den Ärzten der Zukunft in Kenntnis dieser komplexen Zusammenhänge vor allem die Aufgabe zu, bei den Patienten die Einsicht in den tieferen Sinn ihrer Erkrankung zu fördern und den natürlichen Lösungsmöglichkeiten unserer biologischen Konflikte so nah als möglich zu kommen.
Auch hieran wird sich möglicherweise entscheiden, ob wir Menschen erst durch eine Katastrophe dazu gezwungen werden, uns auf uns selbst zu besinnen. Das bedeutet nicht, daß wir zur Gänze auf unsere technischen Errungenschaften verzichten müssen, um unserem millionen Jahre alten Gehirncode wieder gerecht zu werden und wieder mit uns selbst eins zu werden.

Zur Person:

Dr.med. Ryke Geerd Hamer, geb. 1935, in Friesland aufgewachsen. Mit 18 Jahren machte er Abitur und begann ein Medizin- und ev. Theologiestudium in Tübingen, wo er auch seine spätere Frau Sigrid Oldenburg, eine Medizinstudentin, kennenlernte. Mit 20 Jahren bestand er die ärztliche Vorprüfung, heiratete 1 Jahr später in Erlangen und legte dort mit 22 Jahren das theologische Examen ab. Die junge Familie bekam eine Tochter und einen Sohn DIRK, der später noch eine große Rolle spielen sollte. Mit 24 Jahren bestand Dr. Hamer das medizinische Staatsexamen in Marburg. Zwei Jahre später erhielt er nach der Assistentenzeit die Approbation als Arzt und den Doktorgrad.
Es folgten eine Reihe von Jahren an den Universitätskliniken von Tübingen und Heidelberg. 1972 machte Dr. Hamer seinen Facharzt in Innerer Medizin.
Er arbeitete auch zeitweilig in einer Gemeinschaftspraxis mit seiner Frau Dr. Sigrid Hamer. Immer hatte er aber nebenher ein besonderes Hobby: Patente erfinden.
Z.B.: das atraumatisch schneidende Hamer-Skalpell für plastische Chirurgie, das mit der 20-fachen Schärfe einer Rasierklinge schneidet, eine Spezial-Knochensäge, ebenfalls für plastische Chirurgie, oder eine sich jeweils den Körperkonturen automatisch anpassende Massageliege, sowie ein Gerät zur transkutanen Serumdiagnostik.
Bis zum August 1978 war die Familie Hamer eine ganz normale Arztfamilie mit inzwischen vier Kindern (zwei Mädchen und zwei Jungen).
Am 18. August morgens um 3 in der Dämmerung geschah etwas Furchtbares: Ein wildgewordener italienischer Prinz V.E.v.S., erschoß vor der Insel Cavallo Dr. Hamers Sohn Dirk, der nichtsahnend in einem Boot schlief. Fast vier Monate lang dauerte der Todeskampf des Sohnes, Tag und Nacht wachte der Vater an seinem Bett. Am 7. Dezember starb Dirk. Dadurch hatte Dr. Hamer, wie er drei Jahre später wußte, einen Verlustkonflikt mit einem davon ausgelösten Hoden-Krebs erlitten. Später benannte Dr. Hamer diese Art von Schock "Dirk-Hamer-Syndrom", einen biologischen Konfliktschock, der uns gänzlich unvermutet "auf dem falschen Fuß" trifft.
Er selbst war an Hodenkrebs erkrankt. Damals, 1981 allerdings, glaubte Dr. Hamer noch, daß diese Zusammenhänge nur den Krebs beträfen, er ahnte damals noch nicht, daß die EISERNE REGEL DES KREBS die Zentralentdeckung für die gesamte Medizin sein würde. Im Oktober 1981 reichte er seine Erkenntnisse als Habilitationsschrift bei seiner Universität in Tübingen ein. Diese Arbeit hatte den hauptsächlichen Zweck, daß die Ergebnisse, die Dr. Hamer gefunden hatte, möglichst schnell an einer Universität an den nächstbesten Patientenfällen überprüft würden und den Patienten zu Gute kämen!
Im Mai 1982 lehnte die Universität die Arbeit über diese Zusammenhänge zwischen Psyche und Krebserkrankungen ab, ohne, wie sie selbst vor Gericht zugab, auch nur einen einzigen Fall durch Repoduzierung geprüft zu haben. Seit nunmehr 13 Jahren ergibt sich die groteske Situation, daß eine Universität sich weigert, eine Verifikationsprüfung vorzunehmen.

Seit dem Tode seines Sohnes wurde Dr. Hamer und seine Familie von Anwälten, Agenten, Detektiven und anderen Emissären des Hauses Savoyen terrorisiert.

In den folgenden Jahren versuchte Dr. Hamer mehrmals, ein Krankenhaus oder ein krankenhausähnliches Refugium für seine Patienten zu eröffnen, um seine Erkenntnisse für die Patienten-nutzbar zu machen.
Dies wurde jedesmal mittels einer "konzertierten Aktion" verhindert.
Frau Dr. Hamer starb 1985 aus Kummer und Gram um den Tod des Sohnes, demoralisiert durch den pausenlosen Terror der Familie Savoyen.
1986 bildete den Höhepunkt der Hetzjagd ein von der Bezirksdirektion Koblenz angestrengtes Verfahren mit dem Ziel, Dr. Hamer Berufsverbot zu erteilen, was dann auch geschah wegen wörtlich!: "Nicht-Abschwörens der Eisernen-Regel-des-Krebs und Sich-nicht-Bekehrens zur Schulmedizin". Dies wurde in nur einer einzigen Verhandlung und unter Verbot der Revision 1990 ausdrücklich bekräftigt, u.a. wurde ausgeführt, Dr. Hamer fehle die "Steuerungsfähigkeit" sowie habe er "mangelnde Einsichtsfähigkeit in die notwendige Krebstherapie".
Seit 1986 darf Dr. Hamer also mit keinem Patienten mehr reden. Ein vorsitzender Richter des Landgerichts Köln gab ihm von gerichtswegen den Rat, er solle sich (mit 57 Jahren!) einen anderen Beruf suchen, der nichts mit Medizin zu tun habe.
Hierdurch wurde Dr. Hamer jede Basis für eine wissenschaftliche Forschung genommen.
Ohne eine finanzielle Basis, ohne Sekretärin oder andere Mitarbeiter mußte er sich mühsam z.B. durch andere Ärzte entsprechende Unterlagen wie CTs etc. für seine Forschungsarbeit besorgen. So ist es unausweichlich, daß er so manchen Fall nicht so gut dokumentieren kann oder nicht alle die Untersuchungen veranlassen kann, die aus seiner Sicht und für seine Zwecke notwendig gewesen wären. Zu vieles blieb dem Zufall überlassen. Hätte er eine Klinik und nur ein Minimum an finanziellen Möglichkeiten gehabt, es wäre kaum auszudenken...
1986 verurteilte ein Gericht die Universität Tübingen zur Fortsetzung des Habilitationsverfahrens. Nichts geschah bis 1994. Am 3. Januar 1994 wurde das Urteil, das Habilitationsverfahren Dr. Hamers fortzusetzten, gegen die Universität Tübingen vollstreckt - ein einmaliger Vorgang in der Universitätsgeschichte! Auch nach 13 Jahren ist es jedoch sehr unwahrscheinlich, daß die Universität Tübingen die NEUE MEDIZIN in der Sache am nächstbesten Fällen prüfen wird. So ließ die Universität am 22.4.94 verlauten: "Die Durchführung einer Verifikationsprüfung im Rahmen des Habilitationsverfahrens ist jedoch nicht vorgesehen." (Die Leser, die sich über die Vorgänge im Rahmen des Habilitationsverfahrens eingehender informieren wollen, können im Amici di Dirk Verlag eine Dokumentation hierüber anfordern).

Dr. Hamer erweiterte sein System 1987 aufgrund der Beobachtungen von bis dahin 10.000 Fällen auf 4 biologische Gesetzmäßigkeiten, die nunmehr für alle Erkrankungen der gesamten Medizin zutreffen.
Da es sich um streng naturwissenschaftliche Kriterien handelt, ist eine Überprüfung der NEUEN MEDIZIN, wie sie seitdem heißt, sehr einfach. Sie wurde und wird immer wieder von nationalen und internationalen Ärzte- und Professorengremien an Patienten überprüft und durch Unterschrift für richtig befunden.

Literaturverzeichnis:

Abel, Ulrich: Die zytostatische Chemotherapie fortgeschrittener epithelialer Tumoren, Stuttgart, 1990
Bahnson, C. B., Bahnson M. B.: Denial and Repression of Primitive Impulses and Disturbing Emotions in Patients with malignant Neoplasms. In: Psychosom. Aspects of Neoplastic Disease. Edited by D.M. Kissen and L.L.
Bräutigam, Walter und Christian, Paul: Psychosomatische Medizin Stuttgart 1973 und 1986
Documenta Geigy. wissenschaftlichen Tabellen, Basel 1960
Dontenwill, W. et al.: Untersuchungen über den Effekt der chronischen Zigarettenrauchinhalation beim syrischen Goldhamster und über die Bedeutung des Vitamin A auf die bei Berauchung gefundenen Organveränderungen, Zeitschrift f. Krebsforschung u. klin. Onkologie 89, 153-189, 1977.
Eibl-Eibesfeld, Irenäus: Der vorprogrammierte Mensch, Kiel 1985
ders.: Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung. ders.: Ethologie, München 1980
ders.: Menschenforschung auf neuen Wegen, Wien 1976
Engel,GL.:Selection of Clinical Material in Psychosomatic Medicine. The Need for a New Pysiology. Psychosom. Med. 1954,16:368-373.
Evans,E.: A Psychological Study of Cancer. New York, Dodd, Mead & Co., Inc. 1926, 226 pp.
Evans R.B. et al.: Some Psychological Characteristics of Men Cancer. Cancer 1964,17:307-313.
Global Cancerology: New York 1986
Greene, W.A. jr., Young L. E., Swisher S.N.: Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease. II. Obsevation on a Group of Women with Lymphomas and Leukemias. Psychosom. Med. 1956, 18: 284-303.
Greene, W. A. jr.: Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease. I. Preliminary Observation on a Group of Males with Lymphomas and leukemias. Psychosom. Med. 1954,16: 220-230.
Grossart-Maticek, Ronald: Krankheit als Biographie, Köln 1979
Klinische Onkologie (hrsg. UICC), Berlin 1982
Kretschmann, Hans-Joachim und Weinrich, Wolfgang: Klinische Neuroanatomie und kranielle Bilddiagnostik, Stuttgart 1991
LeShan. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., 1964, p. 42-62.
ders. Laurence: Psychotherapie gegen den Krebs, Stuttgart 1993
Liedloff, Jean: Auf der Suche nach dem verlorenen Glück, München 1988
Lorenz, Konrad: Verhaltensforschung, Wien 1978
ders.: Über tierisches und menschliches Verhalten, Leck 1968.
Mech. L.David: Der weiße Wolf, München 1994
ders.:Auf der Fährte der Wölfe, München 1991
Meerwein, Fritz: Einführung in die Psycho-Onkologie, Bern 1981 und 1991
Moore, Keith L.: Embyologie, Stuttgart 1985
Müller, H.E.: Die Infektionserreger des Menschen, Berlin 1989
Munk, Anders: Biologie des menschlichen Verhalten, Stuttgart 1972
Neumayr, A. and Weiss, W.: Liver tumors - new aspects, Hepatogastroenterology 28.1., 1981
Rohwedder, Cl.: Dissertaions, Statistische Untersuchung über Bronchial-Karzinom, Hamburg 1978
Simonton, C.O.: Getting well again, L.A., 1978
Simonton, C.O.u. Matthews-Simonton. St. u. Creighton, J.: Wieder Gesund werden, Hamburg 1993;
Spektrum der Wissenschaft: Krebs-Tumoren, Zellen, Gene, Heidelberg 1990
Thompson, Richard F.: Das Gehirn, Heidelberg 1992
Uexküll, v. Th.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin, Hamburg, 1963
ders.: Psychosomatische Medizin, München, 1990
ders. u. Wesiack: Theorie der Humanmedizin, München 1988
Warell, D.: Lehrb. der Infektionskrank. 1990, Artikel v. Citron und Girling

Die wichtigstens Veröffentlichungen von Dr. med. Ryke Geerd Hamer

1. Das neue Prinzip des atraumatisch schneidenden Hamer-Skalpells. In: Therapiewoche 31 (1981), S. 1449–1460.

2. Über die beiden ersten humanmedizinischen Operationen der Welt mit der neuen Hamer-Knochensäge. In: Krankenhausarzt 54 (1981), S. 170–172.

3. Das Hamer-Syndrom, benannt nach Dirk Geerd Hamer und die Eiserne Regel des Krebs. Habilitationsschrift, Tübingen 1981, 296 S.

4. Praktische psychosomatische Therapie des Krebs nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS. In: HP-Journal, Fachzeitschrift für Naturheilkunde 6/83 (1983), S. 9–16 u. 57–63.

5. Krebs und Rauchen. In: HP-Journal, Fachzeitschrift für Naturheilkunde 8/83 (1983), S. 12–16 u. 62–66.

6. Hamersche Herde statt »Hirnmetastasen«. In: HP-Journal, Fachzeitschrift für Naturheil kunde 9/83 (1983), S. 89–92.

7. Krebs- Krankheit der Seele, Kurzschluß im Gehirn, dem Computer unseres Organismus, Die Eiserne Regel des Krebs. (Amici di Dirk Verlagsgesellschaft) Köln 1984, 429 S. u. Anhang, 5. Aufl. 1992, ISBN: 3-926755-01-6.

8. Genèse du Cancer, Courtcircuit au cerveau, L'ordinateur de notre organisme, La loi d'airain du cancer. (ASAC/ Amici di Dirk Verlagsgesellschaft) Chambéry 1985, 80 S., 4. Aufl. 1991, ISBN: 2-905761-06-7.

9. Genesi del Cancro, »Avevo cercato il cancro nella cellula e l' ho trovato in un errore di codoficazione nel cervello« (Hamer). (ASAC/ Amici di Dirk Verlagsgesellschaft) Chambéry 1985, 80 S., 2. Aufl. 1991, ISBN: 2-905761-02-4.

10. L'infarctus, maladie de l'ame, Court circuit au cerveau, L'ordinateur de notre organisme, La loi d'arain du cancer. (ASAC/ Amici di Dirk Verlagsgesellschaft) Chambéry 1985, 40 S., ISBN: 2-905-761-04-0.

11. Vermächtnis einer Neuen Medizin Bd. 1, Das ontogenetische System der Tumoren mit Krebs, Leukämie, Psychosen, Epilepsie. (Amici di Dirk Verlagsgesellschaft) Köln 1987, 756 S., ISBN: 3-926755-00-8.

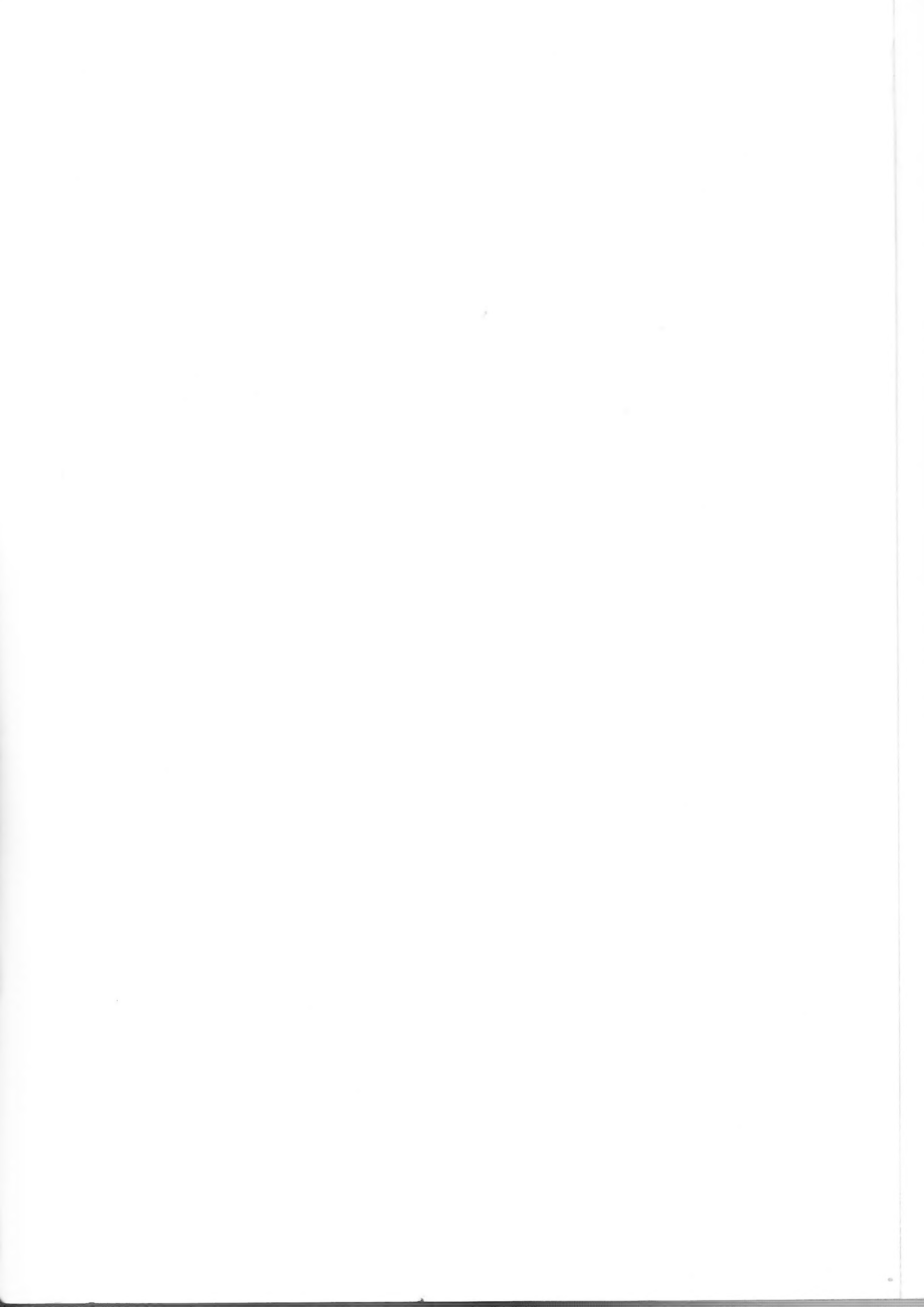
12. Fondement d'une Médecine Nouvelle, Le système ontogénétique des tumeurs, Cancer, Leucémie, Psychoses, Epilepsie. (ASAC/ Amici di Dirk Verlagsgesellschaft) Chambéry 1988, 713 S., 2. Aufl. 1990, ISBN: 2-905761-07-5.

13. Medizinischwissenschaftliche Diagnose Tabelle, Psyche-Gehirn-Organ, (Amici di Dirk Verlagsgesellschaft) Köln 1990, 172x167,5 cm. Übertragung ins Französische 1991.

14. Le Sida, expliqué par la loi darain du cancer, le système ontogénétique des tumeurs et le système ontogénétique des microbes, champignons, bactéries et virus. (ASAC/Amici di Dirk) Chambéry 1990, 63 S., ISBN: 2-905761-08-3.

15. La génesis del cancer, »Busqué al cáncer en la célula y lo encontré en un error de codificación del cerebro.« (ASAC/Amici di Dirk) Chambéry 1991, 80 S., ISBN: 2-905761-10-5.

16. Reihe NEUE MEDIZIN: Krebs- und krebsähnliche Erkrankungen, Psyche-Gehirn-Organ, eine Einführung in die NEUE MEDIZIN, Tonkassette, Broschüre u. Falttabelle. (Amici di Dirk Verlagsgesellschaft) Köln 1991, ISBN: 3-926755-02-4.



Verlag AMICI DI DIRK
Ges. f. med. Schriften m. b. H.
Sülzburgstr. 29
50895 Köln

Printed in Germany
Gesamtherstellung: Ebner Ulm
Mai 1994
Preis: DM 48,–

ISBN 3-926755-06-07